

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094584 Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO JOSE TELES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094584

Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094584 Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO JOSE TELES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094584

Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000039

Conta: 000005564-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 003.662.964-60 Marcio José Teles da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marcio José Teles da Silva 6 - CPF: 003.662.964-60
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Balduino 9 - Número: 303 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0039 13 CONTA: 5564 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

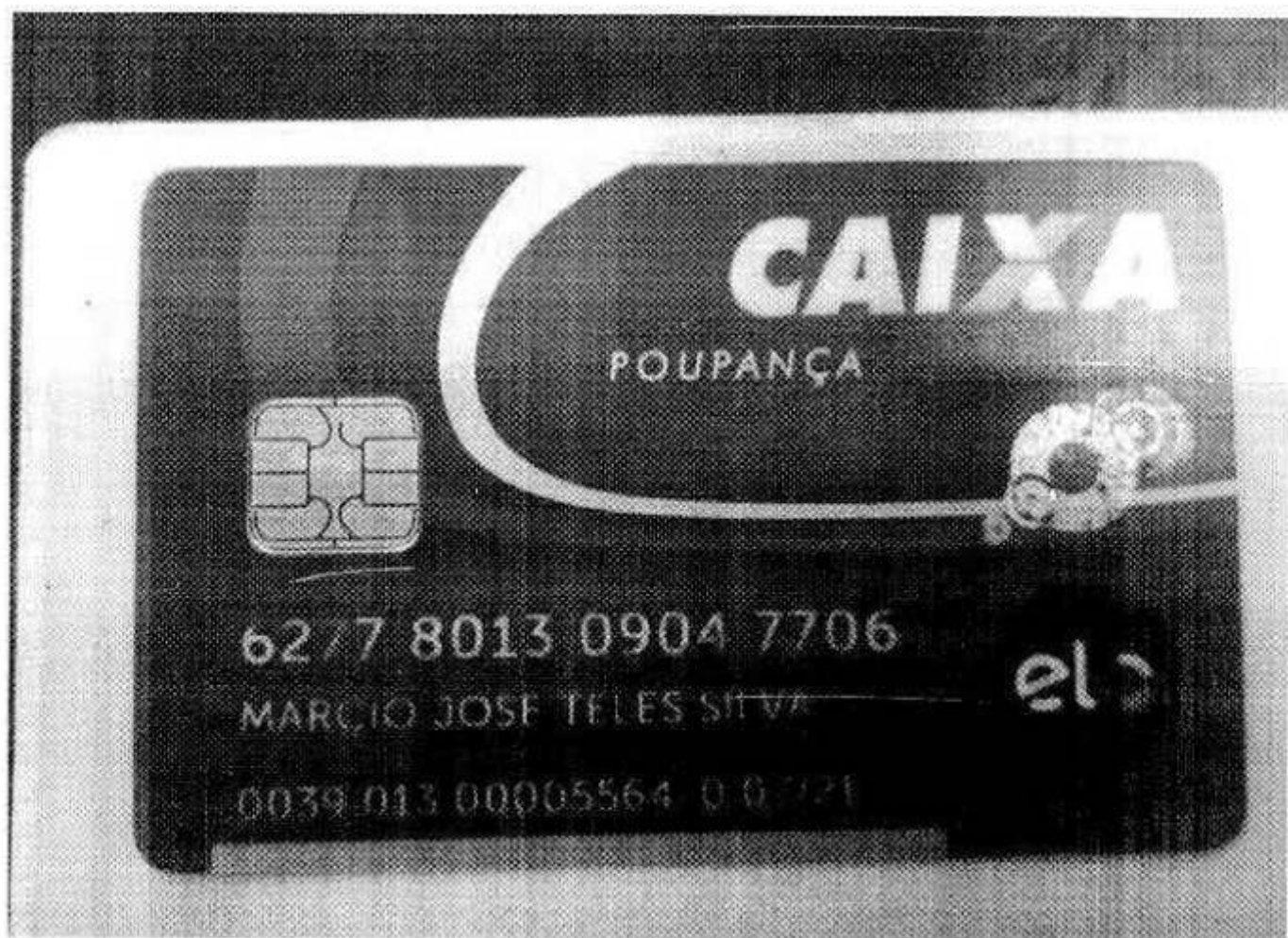
40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01312.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01312.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:12 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Márcio José Teles da Silva**, CPF nº 023.662.964-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Mestre de Obras, filho(a) de Maria Madalena Teles das Silva e Antonio Luiz da Silva, natural de Patos/PB, nascido(a) em 23/07/1976 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Calixto, Nº 101, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Borges da Fonseca, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99924-0663.

Dados do(s) Fatos:

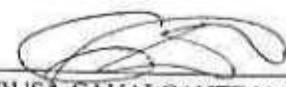
Local: Rua . Paulino Pinto, Próximo a Igreja Missão Apostólica de Fé, João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/10/19 18:58h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 16/10/2019, POR VOTA DAS 18H58MIN, VINHA PEDALANDO EM UMA BICICLETA, NA RUA. PAULINO PINTO, CABO BRANCO, QUANDO FOI VITIMA DE COLISÃO POR UMA MOTO, MOTO NÃO IDENTIFICADA, QUE FOI SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO PILÃO TIBIAL ESQUERDO, COM CID S82.3, CONFORME LAUDO-RESUMO DE ALTA, ASSINADO PELO DR. VALDEBAN CSARVALHO JR. CRM-7692/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


MÁRCIO JOSÉ TELES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01312.01.2020.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 003.662.964-60 Marcio José Teles da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marcio José Teles da Silva 6 - CPF: 003.662.964-60
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Av. Cel. Balduino 9 - Número: 303 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0039 13 CONTA: 5564 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

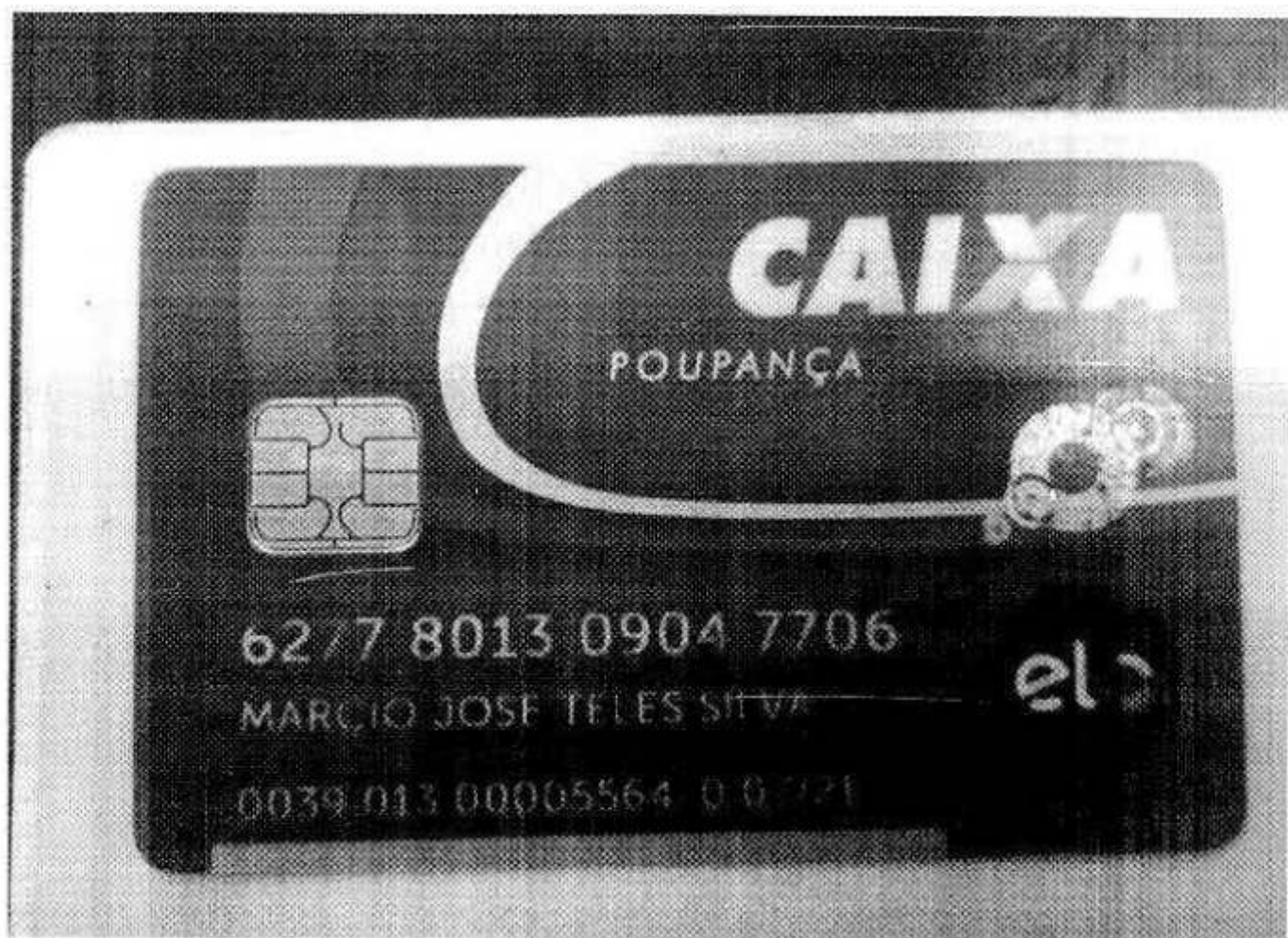
40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

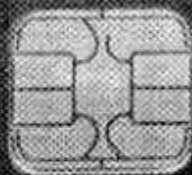
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência



CAIXA

POUPANÇA



6277 8013 0904 7706

MARCIO JOSE TELES SILVA

elo

0039 013 00005564 0 0/21

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MARCIO JOSE TELES DA SILVA			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 43anos	SEXO: Mas	COR	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 12
DATA DE ADMISSÃO: 16/10/2019		DATA DE ALTA: 30/10/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID
Fratura do Píleo Tibial ESQ				S82.3
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES				
Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal				
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA		() REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()		
(X) MELHORADO				
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do píleo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS)

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
CRM 7692
Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M

30/10/2019

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

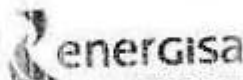
CLIENTE: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000005564-0

Nr. da Autenticação 9BC9F9D23EC5B6BC



Ligação: WONGPANDU
 Distrito: RES MTCB - RESIDENCIAL, RESIDENCIAL
 Referência: 2019-07-20
 Emissão: 2019-07-20

ENERGIA PARA A DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA
E-200, R-26 Canto Frontal - 3a. Pessoa - PR - CEP 55071-4
CNPJ: 00.000.000/00-00 Fone: 011 556.11.11

Auto World Corp. de Chicago 800-427-1100
 Los Angeles Automobile Socy 427-1100

08/00/08 2546	08/00/08 2546	08/00/08 2546	08/00/08 2546
July 2019	10/07/2019	09/08/2019	020 BOF 18-81

UC (Unidade Consumidora): 15822 6-5

Grande do MOVIMENTO VACA BRASILEIRA. São Paulo, 1994. 120 p. R\$ 12,00.

100

Data	Letura	Data	Letura						
07/06/19	14579	10/07/19	14580	14579	14580	14579	14580	14579	14580
CC - Descrição				Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
				14579	14580	14579	14580	14579	14580
0001 Consumidor x P				112,70	112,70	112,70	112,70	112,70	112,70
0001 Adic: B Amara				1,83	1,83	1,83	1,83	1,83	1,83
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS									
0007 CONTRA SER - LUN PUBLICA				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS CMPLTADO 2019				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006 MULTA CMPLTADO 2019				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006 ATUALIZACAO MONETARIA 2019				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CC - Codigo de Contas e Balancos				TOTAL	112,70	112,70	112,70	112,70	112,70
Tributos									

134 17/07/2019 R\$ 121,79

112	1	115	125	124	1	130	133	135	139	141	142	145
Jan 18	Jan 18	Feb 18	Jul 18	Nov 18		Dec 18	Jan 19	Feb	Mar	Apr 19	May 19	Jun

RESERVADO AO FISCO
03ea.3c7d.83c5.c5f9.5531... 03a 2990.

	Unidade	Código			
DI GERAL	0.01	0.00			
DI TRIMESTRAL	0.16		NORMAL	22C	
DI ANUAL	0.70				
PAGAMENTO	0.28	0.00	CONTINUAÇÃO	20C	
PAG TRIMESTRAL	0.47		LIMITES DE CRÉDITO	21C	
PAG ANUAL	2.29				
DADO	2.65	0.33			
TOTAL	7.11				

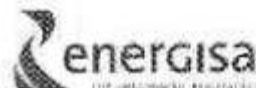
1997

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via da conta

Bolero para simplificar pagamento da conta facilitadora de energia elétrica Nº 037.641.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.215.525-0

DADOS DO CLIENTE
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIO/TECAWEB/DOC/ORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Gerson Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcio Jose Teles da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.662.964 60

do sinistro do DPVAT cobertura Invalidez / Danos da vítima Marcio Jose Teles da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.662.964 / 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova na reclamação junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	7º (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Lugar e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Alexandrina Gerson Duarte
Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MARCIO JOSE TELES DA SILVA			PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 43anos	SEXO: Mas	COR	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.: 12
DATA DE ADMISSÃO: 16/10/2019		DATA DE ALTA: 30/10/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID
Fratura do Píleo Tibial ESQ				S82.3
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES				
Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal				
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA		() REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()		
(X) MELHORADO				
ÓBITO				

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do píleo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS)

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
CRM 7692
Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M

30/10/2019

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **MARCIO JOSE TELES DA SILVA**

PRONTUÁRIO N°

IDADE **43 anos**

SEXO **Mas**

COR

CLÍNICA **Ortopedia**

ENF.: 12

LEITO: 143

DATA DE ADMISSÃO **16/10/2019**

DATA DE ALTA **30/10/2019**

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Píleo Tibial ESQ

CID

S82.3

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da tíbia e fíbula distal

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

ÓBITO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura do píleo tibial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **21** dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS)

30/10/2019

DATA

Dr. Valdebar Carvalho Jr.
CRM 7692
Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 271062 Atd: Nao Regulado
Data: 16/10/2019
Hora: 20:00:41
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOMES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCIO TELES DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987207904

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 23/07/1976 Id: 43 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE JOSE CANDIDO DOS SANTOS, 101

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA MADALENA TELES DA SILVA

Pai: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MESTRE-DE-OBRA

INFORMACOES DE ENTRADA

Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

esp.: MARCIO TELES DA SILVA

T. /Doc. Responsavel: 987207904 / SEM DOCUMENTO: SD

P. edencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Principa

COLISAO MOTO X BICICLETA. TRAUMA EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente ferido pelos bomburos vitima
acidente (colisao moto-bicicleta). Relata uso de capacete. Nega trauma craniano, toracico
abdominal. Relata dor e limitacao de movimento em perna esquerda.
A: OK B: OK C: OK D: Pupilas 15 pupilas isocoricas E: desceito acina

Diagnostico Trauma em perna esquerda | Conduta Raio X de perna e tornozelo esquer

- Alas no queixo e no

Prescricao # ORTOPEOTA #

Horario da medicacao

Vitima de colisão bicicleta
e ferida no tornozelo da perna
esquerda, sendo 16 h

Dr. Renato Luiz G. de Jesus
MEDICO ORTOPEDISTA / OMBRE
E TÓRAX
CRM-PB 74017 EOT 16235

Kerginaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB 11146

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO ☐ IML

X *Mate Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fr. de Pivô T12/L1

Condução: Fígado 5x10cm p/ Psoas 12x5x2 Biotipos norm12x5cm P1730 ambr 8-2° 60-90

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 274728 Atd: Nao Regular
Data: 30/10/2019
Hora: 12:26:55
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2019.10.001908

Nome: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 023.662.964-60

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2077355 Fone: 987207904

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 23/07/1976 Id: 43 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE JOSE CANDIDO DOS SANTOS, 101

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA MADALENA TELES DA SILVA

Pai: ANTONIO LUIZ DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: MESTRE-DE-OBRA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Nome: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

Doc. Responsavel: 987207904 / IDENTIDADE: 2077355

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: IMPRESSAO DE 2 VIA, CORRECAO DE DADOS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

q. Abd: O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem

[] Grave

[] Politraumatizado

[] Convulsao

[] Hemorragia

[] Dispneia

[] Diarreia

[] Agitado

[] Regular

[] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

[illegible]

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Pac B - com 53 anos de idade
- 2) Desempenho, aspecto físico
- 3) História de Cáncer Cervical.

Incisão:

Achados:

~~1) História de Cáncer Cervical~~

Conduta:

- 4) História de Cáncer Cervical
- 5) História de Cáncer Cervical

Fechamento:

OBS:

3a. Porção distal.

Data: 14/10/14

MÉDICO/CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Marco Tello		Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:
Clinica:	EMP:	LR:
1º Assistente:	2º Assistente:	3º Assistente:
Data: 29/10/13		Cirurgião: Dr. Roberto Sá
Instrumentador:		Horário: I: T:
Anestesia:		Tipo Anestesia:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Trifurcação das Tibias</i> <i>(E)</i>		
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>mesmo</i>		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Realizar RFI da Tibia</i> <i>Realizar RFI da Tibia</i>		

Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não
Riopisia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outros durante o Ato Cirúrgico
Descreva:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH sob tração, anestesia
Assética e Antisséptica
Alocação de campos

Incisão:

Achados:

Conduta:

Realizado Redução aberta +
fixação interna da tíbula com
Placa DCP

Realizado Redução interna
+ Placa bloqueada de tíbia
distal (Placa em Ponte), 03 parafusos
proximais e 03 parafusos
distais.

- Fechamento
- Curativo.

Fechamento:

- Tala porta.

OBS:

Data: 29/10/2019

Dr. Aurélio de Sá Pinto
CRM 9743/PB

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparação e acesso
Pelo lado do pé direito

Incisão:

vertical no -

Achados:

Directo
9 ab. f. e. m. l.
Pelo site

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 23/10/19

Dr. Roberto A. Santos
CRM 1042 - Radiologista
R. Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Marcio José Teles da Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.077.355 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 17/01/2018

NOME
MÁRCIO JOSÉ TELES DA SILVA

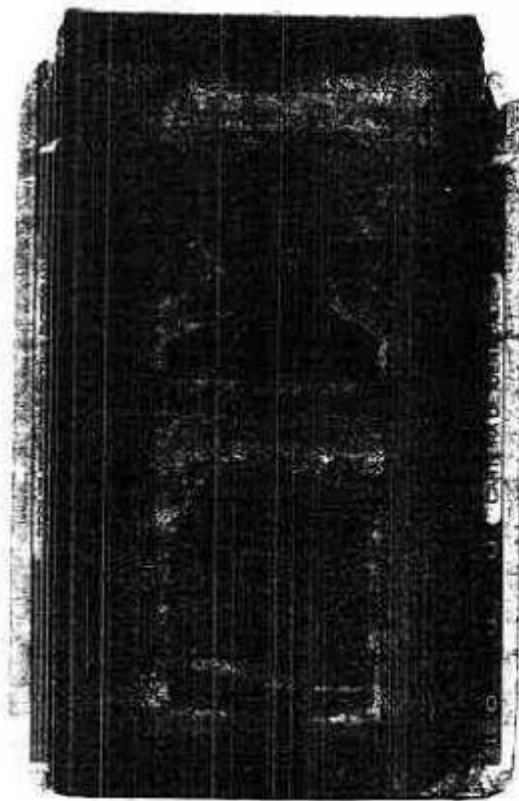
FILIAÇÃO
ANTÔNIO LUIZ DA SILVA
MARIA MADALENA TELES DA SILVA

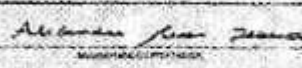
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PATOS-PB 23/07/1976

DOC. ORIGEM
CERT. CAS. Nº3816 - LIV.B-16 - FLS.79 - CARTÓRIO CABEDELO-PB

CNPJ
023.662.964-00
1000 Passos - PB

29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PENAS E RECLUSÃO	
ALEXANDRE CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE - OUT. IDENT. Nº 2527712 SEP 86
	CPF 046.502.754-74 DATA NASCIM. 21/08/1982
	NOME ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	FORMAÇÃO ACQ. 16
VALOR 1000 B. IDENT. NACIONAL 894056331	01851769569 16/01/2014 21/06/2001
 MARCELO DE OLIVEIRA	
VALOR 1000 B. IDENT. NACIONAL 894056331	LOCAL JOAO PRISON, PB DATA 17/01/2014  66588356746 78027919598

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094584 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO. ALTA.
P 1/4/7*/8*/9*/10*/11*/12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075439/20

Vítima: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

CPF: 023.662.964-60

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: MARCIO JOSE TELES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCIO JOSE TELES DA SILVA : 023.662.964-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA