

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190189172

Vítima: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização o 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 funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000032691-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190189172                      Vítima: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Data do Acidente: 22/12/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00449/00450 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14364764

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190189172

Vítima: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000032691-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 063 682 134 00 Nome completo da vítima: Francisco Roque Rodrigues

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

Nome completo: Francisco Roque Rodrigues CPF: 063 682 134 00  
Profissão: Atividade de Serviço Endereço: Rua Joaquim Veriato de Sousa Número: 51 Complemento: Casa  
Bairro: Bela Vista Cidade: Maporanga Estado: P.B CEP: 58280 00  
E-mail: netoo.avenassoria@hotmail.com Tel.(DDD): 999 421520

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

RENDIA MENSAL:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3577 ☐ CONTA: 32691 2 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 Líder 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 do valor recebido.

## 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Maporanga 29/02 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Roque Rodrigues  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente for nublário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 284 / 2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 22 / Dezembro / 2018 HORAS: 19h30min.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Gleberson Fernandes da Silva

Notificante/Vítima:

FRANCISCO ROQUE RODRIGUES, natural de Itaperanga/PB, Solteiro, Auxiliar de Serv. Gerais, nascido no dia 25.05.85, filho de Mariano Roque da Fonsêca e Maria Rodrigues Roque, RG 3.026.867/PB e CPF 063.682.134-00, residente na R. Joaquim Veriato de Sousa, s/n, Bela Vista Itaperanga-PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava indo para seu local de seu trabalho (Sítio Malhada Grande), zona rural de Itaperanga-PB, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS, cor vermelha, ano 2010, de placas NPX8493/PB e chassi 9C2JC4110AR596320, em nome de JOSE ADOLFO DA F. NETO, e já em frente a fábrica onde trabalha BR 361, ao manobrar a esquerda, colidiu com outro motoqueiro que vinha em sentido contrário, sendo então socorrido pelo SAMU para o Hospital de Itaperanga e em seguida removido para Patos/PB.

Itaperanga, Pb, 21 de Fevereiro de 2019.

Notificante/Vítima: Francisco Roque Rodrigues

Escrivão Plantonista: \_\_\_\_\_

Fco. Silva Rodrigues  
ESC. POL. DA MAT. J. J. J. J.  
CHefe DE CARTÓRIO

11 MAR 2019  
PROTOCOLADO  
1000000



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 063 682 134 00 Nome completo da vítima: Francisco Roque Rodrigues

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

Nome completo: Francisco Roque Rodrigues CPF: 063 682 134 00  
Profissão: Atividade de Serviço Endereço: Rua Joaquim Veriato de Sousa Número: 51 Complemento: Casa  
Bairro: Bela Vista Cidade: Maporanga Estado: P.B CEP: 58280 00  
E-mail: netoo.avensoaria@hotmail.com Tel.(DDD): 999 421520

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

RENDIA MENSAL:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3577 ☐ CONTA: 32691 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 do valor recebido.

## 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: Maporanga 29/02 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Roque Rodrigues  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





PREFEITURA DE  
**ITAPORANGA**  
GOV. EST. DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU  
**192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR USB 06

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 21:00

Data: <u>22-12-18</u>	ID: <u>74</u>	Paciente: <u>Franisco Rodrigues</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência: <u>BR-367 (HDI)</u>	Bairro: <u>Centro</u>	Médico Regulador:		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Trole <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorro pelo Bombeiros <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRAVO/NATUREZA DA OCORRÊNCIA

HISTÓRIA DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico	Sinais e Sintomas:
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	Alergia:
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento	Medicação:
<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Queimaduras	Passado Médico:
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda metros	Líquidos e alimentos ingeridos:
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros	Ambiente onde ocorreu o trauma:
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstétrico	

EXAME FÍSICO

<input type="checkbox"/> Pálido	<input type="checkbox"/> Cianótico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocórico	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Miótica	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de ferimento e local: Contuso-paralelo em MIB

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Corte contuso + fratura de fêmur em MIB

Transferência/Destino:

Local: Complexo Hospitalar Regional Patos

Responsável:

Função:

Sinais Vitais:

VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ <30 irpm ☐ >30 irpm ☐ Perfusão Capilar: ☐ Retardada ☐ Normal

P.A.: 84 mmHg FC: 75 bpm FR: 18 irpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,5 °C Glicemia Capilar: 100 mg/dl Coma: 0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade adaptativa ☐ Intracraniana ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação prejudicada ☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução ineficaz das VVAA ☐ Disritmia ☐ Autônoma ☐ Dor aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a atividade ☐ Mucosa oral prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Perfusão tissular cerebral ineficaz ☐ Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ☐ Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz ☐ Perfusão tissular renal ineficaz ☐ Termorregulação ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Volume de líquidos deficientes ☐ Volume excessivo de líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção urinária ☐ Percepção sensorial perturbada ☐ Intenção social prejudicada ☐ Incontinência intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

Intervenções:

SSVU

Evolução de Enfermagem:

Consuente, quando chegou ao local de atendimento de emergência, realizado o atendimento no HDI e transferido durante o transporte por causa de fratura de fêmur em MIB e sangramento leve mas com curativo compressivo feito no HDI. Sem mais intercorrências.

Identificação da Equipe:

Médico:

CRM:

Enfermeiro(a): Diogo

COREN: 349253

Téc de Enfermagem: Romildo

COREN:

Condutor: José

# 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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000032691-2

---

Nr. da Autenticação FDF487BAFB7F43C5



# 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: 21/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000032691-2

---

Nr. da Autenticação 4BBBD98D9770FAE5



Informações

**SALETE VIANA DA SILVA BARROS**  
RUA JOAQUIM VERRATO DE SOUSA, 5 N / CASA - BELA VISTA  
ITAPORANGA / PE CEP: 56760-000 (AG: 154)

Emissão: 13/12/2018 Referência: Dez/2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFÁSICO B7200 Km25 - Creta Redenção - João Pessoa/ PE - CEP: 55071-100

Rota: 9 - 154 - 02 - 0260

Nº medidor: 00009031287

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.951.001/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nela Fica o Conto de Energia Elétrica M017 004 1 95  
Cód. para Dta. Automático: 0900281176

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	13/12/2018	15/01/2019	083.085.954-81

UC (Unidade Consumidora):

5/28157-6

Canal de contato

**MENSAGEM TAPFA SOCIAL - ATENÇÃO:**  
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o 1003 - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastrada 2018 - Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 12 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/11/18	Leitura 131	Data 13/12/18	Leitura 281	
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade Tarifal	Valor Base Calc	Arg. base RT
0601	Consumo em kWh	110,000 0,854400	93,89	27
			25,37	03,06
			1,07	4,82

11 MAR. 2019  
PROTOCOLADO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA ENERGIA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA**  
**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE FAMILIAR**

**NOME**  
**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
**5652161 SSP PE**

**CPF**  
**039.247.064-09**

**DATA NASCIMENTO**  
**13/04/1978**

**FILIAÇÃO**  
**ADELSON DOS SANTOS**  
**ODETE RODRIGUES DA SILVA**  
**VA**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB.**  
**A2**

**Nº REGISTRO**  
**04115219971**

**VALIDADE**  
**20/04/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**14/06/2007**

**OBSERVAÇÕES**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Edilson Rodrigues dos Santos*

**LOCAL**  
**IGARA TANHADA, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**21/06/2017**

**ASSINATURA DO DIRETOR**  
*Adilson Rodrigues dos Santos*  
**DIRETOR**

**32584530707**  
**PE079731306**

**PERNAMBUCO**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
**RLA EUMIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO**  
**ITAIPORANDA / PE CEP: 58760000 (AQ: 194)**

**Emissão: 12/02/2019 Referência: Fev / 2019**  
**Classif/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km 25 - Costa Rodriker - João Pessoa / PB - CEP 58071-690**  
**Roteiro: 7 - 154 - 26 - 3110 Nº medidor: 0005887427**

**ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
**CNPJ 08.005.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0**

**Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 019 062 075**  
**Cód. para Dib. Automática: 00000282925**

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Fev / 2019	12/02/2019	13/03/2019	039.247.064-09 Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):** **5/28252-5**

**Canal de contato**  
 Ao perceber lutas dos postes elétricos durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/01/19	3431	12/02/19	3505	1	73	28
Demonstrativo						
001 - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (m³/R\$)	Base Calc. (R\$)	Consumo (R\$)
		Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Imp. sobre Renda (R\$)	(0,2000%) (R\$ 0,04)
0001 - Consumo em kWh	73,000	0,823310	60,10	80,10	25	15,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007 - CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	8,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00

11 MAR. 2019

PROTOCOLO



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidória: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.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.

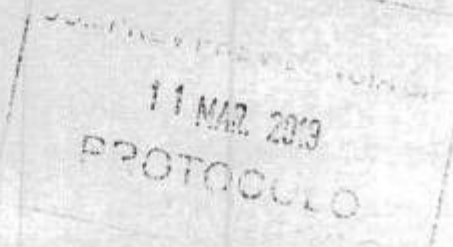
A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Edilson Rodrigues dos Santosinscrito (a) no CPF/CNPJ 039 247 064 1 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFrancisca Roque Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 682 134 1 00do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Francisca Roque Rodriguesinscrito (a) no CPF sob o Nº 063 682 134 1 00, 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 de residência junto a Seguradora Líder-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 Eurédio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Taporanga</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>roque.arenaria@hotmail.com</u>	CEP: <u>58730 000</u>	
		Tel.(DDD): <u>999421520</u>

Local e Data: Taporanga 07/03/2019Edilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capitals e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Adolfo da Fonseca Neto

RG nº 1 854 262, data de expedição 16 / 03 / 2004

Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 893 618 734 15

com domicílio na cidade de Itaporanga, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sebastião Pedro SN Bela Vista, Itaporanga PB, nº SN

complemento Coroá, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Rogue Rodrigues, cujo o condutor era

o mesmo

Veículo: moto Modelo: honda CG 125 Fan KS Ano: 2010

Placa: XPX 8493 PB Chassi: 9C2 JC4 110 AR 596 320

Data do Acidente: 22 / 12 / 2018

Local e Data: Itaporanga 17 / 01 / 2019

Jose Adolfo da Fonseca Neto

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

RECONHECIMENTO DE ASSINATURA DO DELEGADO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE  
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO.

ITAPORANGA - PB, 17 de janeiro de 2019.  
Em lei "da verdade"  
Mariana Rodrigues Custódio ( Escrevente )

Selo Digital - AIA32007-IYY9  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>







ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Raça/Cor: PRETA

DT. Nasc: 25/05/1985 Idade: 33 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA DE LOURDES ROQUE

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: RUA CRIZANTO PEREIRA

Bairro: BELA VISTA

Município-UF - CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (83) 9699-3702

Data e Hora da impressão da ficha: 22/12/2018 20:05:57

SSV

PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*[Handwritten signatures and notes in the Anamnesis section]*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

*[Handwritten signature and notes in the Results section]*

RECEPCIONISTA: HDI

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

- CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGÊNCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

MEDICAÇÃO:

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNAÇÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES): CARIMBO(S)

Médico *[Handwritten signature]*

CRM-PB 1268

MÉDICO - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO



# FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22927	HORA	23:33	PRONTUÁRIO	13936
DATA	23/12/2018	OPERADOR	EALVES		
OCCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	FELIPE TAVARES SENA				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTO				
PACIENTE	FRANCISCO ROQUE RODRIGUES	IDADE	33a 6m	GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA RODRIGUES ROQUE				
FILIAÇÃO II	MARIANO ROQUE DA FONSECA				
CIDADE	ITAPORANGA	PB	58780000		
ENDEREÇO	RUA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA SN				
BAIRRO	BELA VISTA				
NATURALIDADE	ITAPORANGA				
TELEFONE	83999566243	CELULAR			
C.N.S.	206976428140008	IDENTIDADE	3326867		
C.P.F.	063.682.134-00	REG. NAC.			
NASCIMENTO	25/05/1985	COR	BRANCO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO			

RESPONSÁVEL JOSE ADOLFO DA FONSECA NE Ass. Resp./Paciente PROVADIE DA FONSECA

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*nam pe D*

11 MAR. 2019  
PROTOCOLO

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos):

*Exame extenso ci foco de  
fratura - e perda de subst*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *inature - luva 5 caps te pe D*  
592.9

DADOS DA SAÍDA

Data 24, 12, 18 Hora 18 H 00 Min

MOTIVO

( ) Alta Curado (X) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM

João H. S. S. Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.744



1607

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº Prontuário	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome <u>Eno Roque Body</u>		Idade	Sexo	Cor
Data <u>23.12.18</u>	Pressão Arterial <u>120x80/100</u>	Pulso <u>90</u>	Respiração <u>21</u>	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uria	Outros
VER PRONTUÁRIO						
Ap. Respiratório				Asma		Brônquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma <u>RCR</u>		
Ap. Digestivo		Dentes		Pescoco		Ap. Urinário
Estado Mental		Alterações		Corticóides		Alergia
Diagnóstico Pré-Operatório		Anestésia Anteriores		Estado Físico		Risco
Medicação Pré-Anestésica		MIDAZOLAM 5 MG		Aplicada em		Efeito

Agente Anestésico	02	INDICAÇÃO											
		Satisf.	Excit.	Tosse	Laringo Espasmo	Lenta	Náuseas	Vômitos	Outros				
Líquido													
CÓDIGO P.V. ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO V.Z. ANESTESIA, OPERAÇÃO	280												
	240												
	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
	100												
	80												
60													
40													
20													
Simbolos e Anotações	SPO2 98%												
Posição													
Agentes	NEOCAINA 0.5% <u>15g</u> mg + DIMORF 80 mcg												
Técnica	RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25' quíncke LCR s/ Alterações												
Operação	<u>Ent. p.e. (D)</u>												
Cirurgião	<u>Dr. Leal</u>												
Anestesiista	DR. TÁVIO LEAL												
Observações	<div style="text-align: right;"> <u>Dr. Távio Leal Júnior</u>  Anestesiologista  CRM 5774 </div>												



RELATÓRIO DE CIRURGIA


Nome: <u>Francisco Roque</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>22.12.78</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>celipe Sen -</u>	1º Auxiliar <u>São</u>	
Anestesista <u>Tanio</u>	Tipo de Anestesia <u>Raqui</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>trauma - luxação exposta pe D - hisfiane</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Tto. cir. frak. lux. exposta pe D</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>Idem + les tendinosa + les de nervo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato <u>Rx</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>Nº nervo</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
<u>Pt em DDA. Auster. - Amp. - Campos</u>
<u>Desbridament + limpeza cirúrgica</u>
<u>Tto. cir. frak + luxação pe D</u>
<u>Rx</u>
<u>Tto. les tend + nervo</u>
<u>Sintese por planos</u>
<u>Curativo</u>



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Fco Rogério Rodrigues</u>					GOVERNO DA PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEPT. JANDUHY CARNEIRO
21	LEITO <u>1</u>	CONVÊNIO <u>0</u>	IDADE <u>33a</u>	REGISTRO <u>13936</u>	
CIRURGIÃO <u>Dr. Felipe Senna</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Felipe Senna</u>			
ANESTESIA <u>Dr. João</u>		ANESTESIA <u>Dr. João</u>			
INSTRUMENTADORA <u>Dr. João</u>		DATA <u>22.11.2018</u>	INSSO <u>00:26h</u>	PM <u>01:05h</u>	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp <u>5F091</u>
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
<u>IX</u>	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<u>IX</u>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
<u>IX</u>	TX. Sals		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
<u>V</u>	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desq.
<u>1</u>	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Qualicfn		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Neoagástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	<u>IX</u>	Esparradrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	<u>IX</u>	Álcool 70%
	Publcovalna 0,5%	<u>IX</u>	PVPI Tintura
<u>1</u>	Dimorf	<u>IX</u>	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narvaln		Algodão Ortopédico
	Forana		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan		Aguilha descartável
<u>1</u>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<u>1</u>	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
<u>1</u>	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
<u>1</u>	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
<u>1</u>	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocata 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	<u>IX</u>	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Fio de Kirschmann 2.5</u>



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA**

Recebido no Centro Cirúrgico Fco. Roque Rodrigues Sala 03

Nível de consciência: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☒ Calmo ☐ Agitado ☐ Outro

**Antecedentes Pessoais:**

☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doença Mental ☐ AVE ☐ Etilista  
☐ Tabagista ☐ Convulsão ☐ Doença Pulmonar ☐ Doença Renal ☐ Doença Cardíaca

Alergia Não Tempo de jejum 03h

**ATO CIRÚRGICO**

Data da cirurgia 23/12/18 Hora 00:16 h 01:05 Cirurgia Realizada Não cir. Fim. Exato p/c

anestesia Dr. Sérgio Cirurgia Dr. Felipe Semmel

Auxiliar - Tipo de anestesia Algori

☒ Antibiótico Cefazolin 2g

**SEGURANÇA E PROTEÇÃO**

Glicemia - mg/dl RX: ☐ Sim ☐ Não Hb - g/dl Ht - %

Exames alterados: ☒ Sim ☐ Não Especificar Rx

Cirurgias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar

Anestesias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar

Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

**RESPOSTA CARDIOVASCULAR**

Pa 15,2 x 8,2 mmHg P 78 bat/min R 26 irpm/min T - °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? ☐ SIM ☒ NÃO

Especificar

**FUSÃO/SOLUÇÕES**

☒ S. Fisiológico 3500 ml ☐ S. Glicosado - ml ☐ R. Lactato - ml  
☐ Plasma - ml ☐ C. Hemácias - ml ☐ Manitol - ml  
☐ Outros - ml

**SERVIÇOS REQUISITADOS NO TRANS OPERATÓRIO**

☐ Anatomia Patológica ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Banco de Sangue ☐ ECG  
☐ Outros

Início da Cirurgia 00:26h Final da Cirurgia 01:05h

**DESTINO**

☐ URPA ☒ Clínica Cirúrgica ☐ UTI ☐ Maternidade ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Jovenal Dantas de Medeiros  
Enfermeiro  
COREN-RN/PA

23/12/18



CARATER DO ATENDIMENTO

( ) 01-ELETIVO (x) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRABALHO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- 0301010072 2- 0301060061 3- \_\_\_\_\_

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

(x) INTERNAÇÃO ( ) ALTA A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) ÓBITO ( ) ALTA MÉDICA  
( ) TRANSFERÊNCIA \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM \_\_\_\_\_

Exatidão da Anamnese  
Ortopedia de Emergência  
CRM 524578

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

DATA	HORA	
22		Ortopedi
12		Inst. exposta p/ D e I. les
13		Ligamentar grave associado.
		Do Centro Cirúrgico



COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

SUS

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2685473 CNPJ 08.778.268.0023/76  
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N  
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERMELHO  
ORIGEM VIA PUBLICA  
PACIENTE FRANCISCO ROQUE RODRIGUES  
NOME SOCIAL  
FILIAÇÃO I MARIA RODRIGUES ROQUE FILIAÇÃO II MARIANO ROQUE DA FONSECA  
NASCIMENTO 25/05/1985 IDADE 33a 6m COR BRANCO GÊNERO M  
PROFISSÃO  
ENDEREÇO RUA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA n°SN BAIRRO BELA VISTA  
CIDADE ITAPORANGA U.F. PB CEP 58790000  
TELEFONE (83)9995-6624 CELULAR  
CNS 206976428140008 R.G. 3026867 CPF 063.682.134-00 REG. NASC.  
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

F.A.A. 22923 PRONTUÁRIO 13936  
MOTIVO ACIDENTE DE MOTO  
DATA 22/12/2018 Horário: 23:06 OPERADOR GKELLY  
ARATER 02 - URGENCIA TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI  
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO  
TRANSPORTE SAMU  
MÉDICO FELIPE TAVARES SENA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *X José Adolfo da Fonseca - Nô*

PESO= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg TEMP= \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Acidente de moto 1 golpe no 15/  
a abd. hem. abdo. e  
fratura em pe.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM



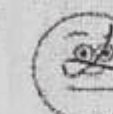

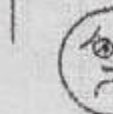


Sonally Santos  
CRM 171996  
CBO



## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 22/12/18 Hora 23h10 Gênero HC  
 Nome/Nome Social Fco Roque Rodriguez - 33a  
 Origem\* Un. pública Regulado? ☒ Sim ( ) Não  
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas \_\_\_\_\_ Encaminhado? ☒ Sim ( ) Não  
 Motivo do atendimento\* trauma em MIP, colar no tórax  
 Cliente 1a paragem  
 Transporte SAU  
 Alergia? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
 Uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
 Doença prévia? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_  
 Temp. 36 °C Pulso 88 bpm Resp. 12 irpm SpO<sub>2</sub> 99 % PA 140x80 mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/dl

Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

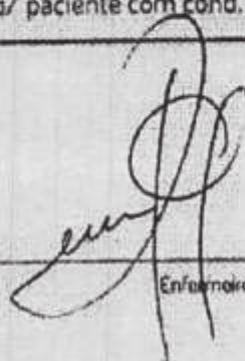
						
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável	

Classificação de Risco: ☒ Vermelho ( ) Amarelo ( ) Verde ( ) Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: ( ) S/ Acomp. (Setor Crítico) ( ) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
 ( ) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 ( ) Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher



Enfermeiro/Careiro



Hospital Regional de Patos - RX

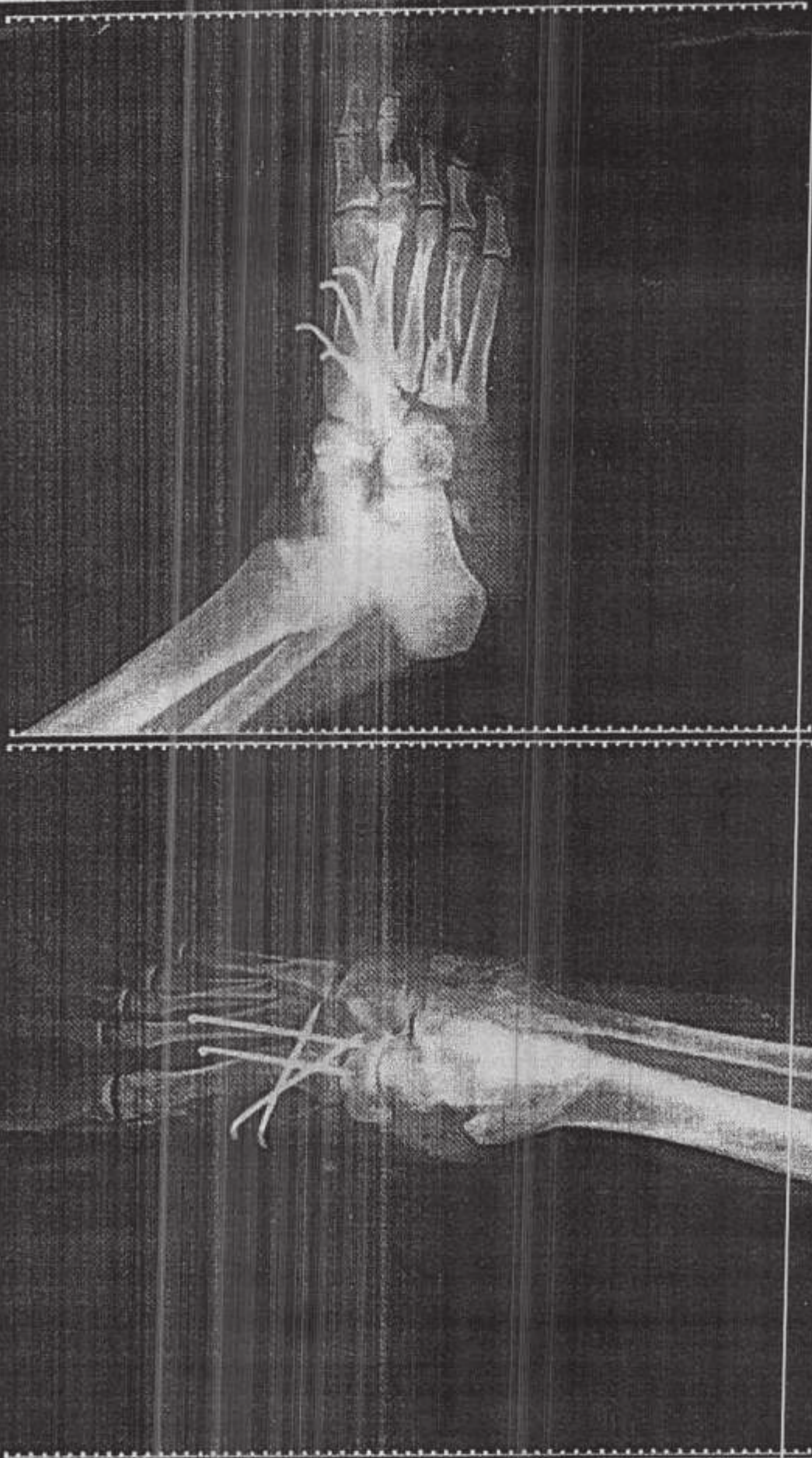
000000130397

52 %

El\_s\_546 000000130397

50 %

El\_s\_437



Pe AP

23/Dez/2018 13:01:58 Pe, Obliqua

23/Dez/2018 13:02:25

000000005744

FRANCISCA ROQUE RODRIGUES, \*25/Mai/1985



## Relatório Médico

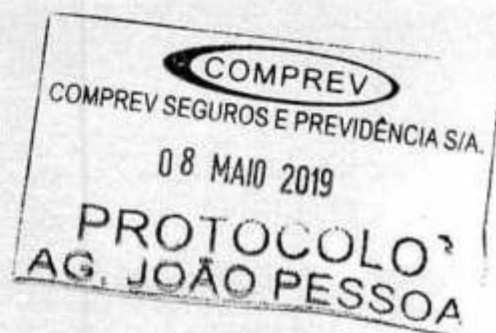
Francisco Roque Rodrigues

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 22/12/2018. Apresentou como lesão fratura exposta de pé direito. Realizou limpeza, desbridamento e imobilização cruenta com fios de Kirchner. Realizou 20 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas: atrofia de musculatura de membro inferior direito, dor recorrente e cicatriz hipertrófica. Deambula com auxílio de muletas. Alta médica à partir desta data.

03/05/2019

Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PE 11400

---





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.026.867 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 05/05/2012

NOME FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

FILIAÇÃO MARIANO ROQUE DA FONSECA  
MARIA RODRIGUES ROQUE

NATURALIDADE ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/05/1985

DOC ORIGEM NASC.N.10970 FLS.35 LIV.A12  
CARTORIO ITAPORANGA-PB

CPT 063.682.134-00

Assinatura de Manoel da Silva Neto  
CNPJ 08.000.000/0001-91

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



11 MAR. 2013

PROTOCOLADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA ENERGIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA  
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE FAMILIAR

NOME: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5652161 SSP PE**

CPF: **039.247.064-09** DATA NASCIMENTO: **13/04/1978**

FILIAÇÃO: **ADELSON DOS SANTOS**  
**ODETE RODRIGUES DA SILVA**  
**VA**

PERMISSÃO: **00000000** ACC: **00000000** CAT. HAB: **A2**

Nº REGISTRO: **04115219971** VALIDADE: **20/04/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **14/06/2007**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1424948517**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1424948517**

OBSERVAÇÕES:

*Edilson Rodrigues dos Santos*

ASSINATURA DO POSSESSOR

LOCAL: **IGARA TANHADA, PE** DATA EMISSÃO: **21/06/2017**

*Odete Rodrigues da Silva*

ASSINATURA DO EMISSOR

**32584530707**  
**PE079731306**

**PERNAMBUCO**

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA EUMÉIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO  
ITAIPORANDA / PE CEP: 58760000 (AQ: 194)

Emissão: 12/02/2019 Referência: Fev / 2019  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km 25 - Centro Rodoviário - João Pessoa / PE - CEP 58071-690  
Roteiro: 7 - 154 - 26 - 3110 Nº medidor: 0005887427

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.005.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 019 062 075  
Cód. para Dib. Automática: 00000282925

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Fev / 2019	12/02/2019	13/03/2019	039.247.064-09 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Ante perceber lutas dos postes e/ou fios durante o dia ou suas estruturas a noite, informe à prefeitura da sua cidade. O poder da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/01/19	3431	12/02/19	3505	1	73	28
Demonstrativo						
001 - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Consumo (R\$)
		Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pot. (R\$)	ICMS (R\$)
001 - Consumo em kWh	73,000	0,823310	60,10	80,10	25	15,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
007 - CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	8,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00

11 MAR. 2019

PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013929557230  
EXERCÍCIO 2018  
VA 1 0031149817-5 00/00000000 2018

JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO

89361873415  
PLACA ANT/UF PB  
PLACA NPX8493/PB

9C2JC4110AR596320  
CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC  
COMBUSTÍVEL GASOLINA  
HONDA/CG 125 FAN KS  
ANO FAB 2010  
ANO MOD 2010  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

2 P/124 /CI  
CATEGORIA PARTIC  
VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000  
VENC. COTAS 1º  
FAIXA / RVA 0  
PARCELAMENTO / COTAS 2º  
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0  
PRÊMIO TOTAL (R\$) 0  
DATA DE PAGAMENTO 19/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ITAPORANGA - PB  
DATA 19/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929557230 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/03/2018

1 89361873415 CNPJ/CPF NPX8493/PB

00311498175 HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 9C2JC4110AR596320

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIXA (R\$) 0  
DETRAN (R\$) 0  
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0  
IOF (R\$) 0  
PAGAMENTO 0

DATA DE CITAÇÃO 19/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.240.60810001-04

40053-1202538-20180319

11 MAR. 2018

PROTOCOLADO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190189172**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ROQUE RODRIGUES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R JOAQUIM VERIATO DE SOUSA, 61 - BELA VISTA - Itaporanga - PB - CEP 58780-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3026867**

Data e local do acidente: [ **22/12/2018** ] **ITAPORANGA PB**

Data e local do exame: [ **07/06/2019** ] **Pombal** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**AO EXAME DO PÉ DIREITO: APRESENTA MÚLTIPLAS RETRAÇÕES DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL, MEDIAL E LATERAL, DÉFICIT VASCULAR INTENSO, EDEMA CRÔNICO LOCAL, ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE, IMOBILIDADE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PROVÁVEL LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DO PÉ, RIGIDEZ ARTICULAR EM REGIÃO DO MÉDIO E ANTEPÉ, DOR CRÔNICA E SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA LOCAL, DOR DURANTE O APLANAMENTO DO PÉ COM USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 3 CM, DEFORMIDADES EM 3º, 4º E 5º DEDOS COM DESVIO LATERAL E ATITUDE FIXA DE ARTICULAÇÕES METACARPO FALANGEANAS.**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM MÚLTIPLOS FIOS DE KIRSCHNER EM PÉ DIREITO PARA CONTROLE DE DANOS, PERMANECER EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 15 DIAS COM REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS, ANTIBIOTICOTERAPIA E ANTIINFLAMATÓRIOS, RECEBEU ALTA APÓS ESSE PERÍODO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**MÚLTIPLAS RETRAÇÕES DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL, MEDIAL E LATERAL DÉFICIT VASCULAR EDEMA CRÔNICO LOCAL ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE IMOBILIDADE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PROVÁVEL LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DO PÉ RIGIDEZ ARTICULAR EM REGIÃO DO MÉDIO E ANTEPÉ DOR CRÔNICA E SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA LOCAL DOR DURANTE O APLANAMENTO DO PÉ COM USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 3 CM DEFORMIDADES EM 3º, 4º E 5º DEDOS COM DESVIO LATERAL E ATITUDE FIXA DE ARTICULAÇÕES METACARPO FALANGEANAS.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item**



**VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**



**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**PÉ DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ☒ ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

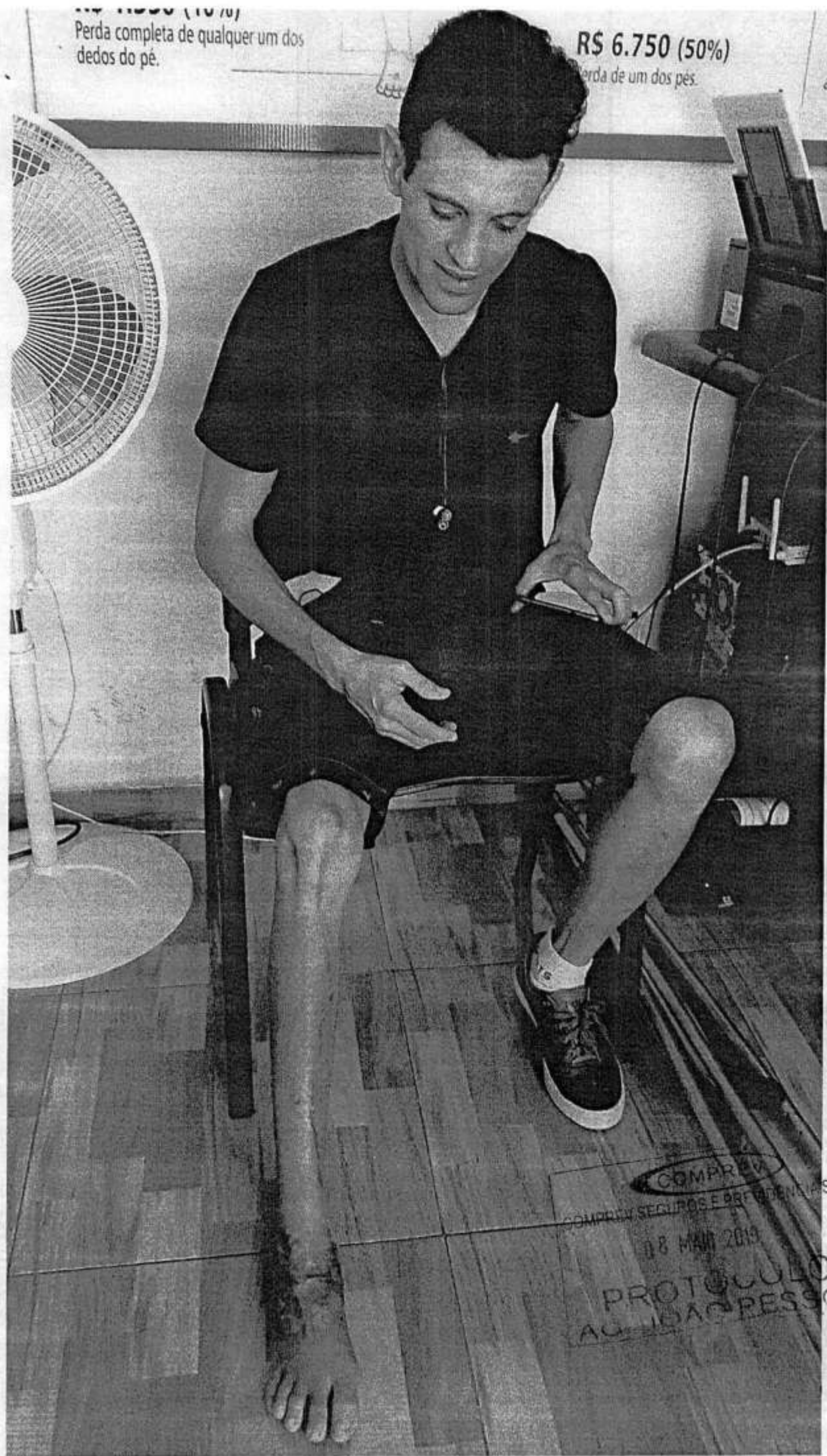


Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Perda completa de qualquer um dos  
dedos do pé.

R\$ 6.750 (50%)  
Perda de um dos pés.



COMPRESA  
COMPRESA SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
18 MAR 2019  
PROTOCOLO  
ACQUADRESSO



**CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**

Itaporanga/PB, 08 de maio de 20 19.

**BENEFICIÁRIO:** Francisca Roque Rodrigues

**CPF:** 063 682 134 00

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: **Edilson Rodrigues dos Santos**, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Francisca Roque Rodrigues, portador do CPF: 063 682 134 00.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (**Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório**), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

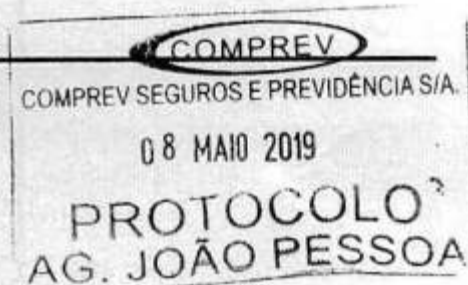
O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**CPF: 039.247.064-09**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO PÉ DIREITO: APRESENTA MÚLTIPLAS RETRAÇÕES DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL, MEDIAL E LATERAL, DÉFICIT VASCULAR INTENSO, EDEMA CRÔNICO LOCAL, ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE, IMOBILIDADE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PROVÁVEL LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DO PÉ, RIGIDEZ ARTICULAR EM REGIÃO DO MÉDIO E ANTEPÉ, DOR CRÔNICA E SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA LOCAL, DOR DURANTE O APLANAMENTO DO PÉ COM USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 3 CM, DEFORMIDADES EM 3º, 4º E 5º DEDOS COM DESVIO LATERAL E ATITUDE FIXA DE ARTICULAÇÕES METATARSO FALANGEANAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM MÚLTIPLOS FIOS DE KIRSCHNER EM PÉ DIREITO PARA CONTROLE DE DANOS, PERMANECER EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 15 DIAS COM REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS, ANTIBIOTICOTERAPIA E ANTIINFLAMATÓRIOS, RECEBEU ALTA APÓS ESSE PERÍODO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/06/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Indenização em grau intenso do pé D devido a repercussão funcional (múltiplas retrações, edema crônico, sinais de distrofia local, perda da mobilidade do 3º, 4º e 5º dedos, rigidez do médiopé e antepé, com prejuízo a marcha). Vítima já indenizada em 25% de 50%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO PÉ DIREITO: APRESENTA MÚLTIPLAS RETRAÇÕES DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL, MEDIAL E LATERAL, DÉFICIT VASCULAR INTENSO, EDEMA CRÔNICO LOCAL, ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE, IMOBILIDADE DO 3º, 4º E 5º DEDOS PROVÁVEL LESÃO DE TENDÕES EXTENSORES, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DO PÉ, RIGIDEZ ARTICULAR EM REGIÃO DO MÉDIO E ANTEPÉ, DOR CRÔNICA E SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA LOCAL, DOR DURANTE O APLANAMENTO DO PÉ COM USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 3 CM, DEFORMIDADES EM 3º, 4º E 5º DEDOS COM DESVIO LATERAL E ATITUDE FIXA DE ARTICULAÇÕES METATARSO FALANGEANAS.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO PÉ DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM MÚLTIPLOS FIOS DE KIRSCHNER EM PÉ DIREITO PARA CONTROLE DE DANOS, PERMANECER EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 15 DIAS COM REALIZAÇÃO DE CURATIVOS ESPECIAIS, ANTIBIOTICOTERAPIA E ANTIINFLAMATÓRIOS, RECEBEU ALTA APÓS ESSE PERÍODO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/06/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Indenização em grau intenso do pé D devido a repercussão funcional (múltiplas retrações, edema crônico, sinais de distrofia local, perda da mobilidade do 3º, 4º e 5º dedos, rigidez do médiopé e antepé, com prejuízo a marcha). Vítima já indenizada em 25% de 50%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA, LESÃO LIGAMENTAR E TENDÍNEA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 18/03/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA, LESÃO LIGAMENTAR E TENDÍNEA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** 3,4,

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA, LESÃO LIGAMENTAR E TENDÍNEA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(PÁG.1)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190189172 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA, LESÃO LIGAMENTAR E TENDÍNEA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081941/19

**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

**CPF:** 063.682.134-00

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 22/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

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

### FRANCISCO ROQUE RODRIGUES : 063.682.134-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/03/2019  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0081941/19

**Número do Sinistro:** 3190189172

**Vítima:** FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

**CPF:** 063.682.134-00

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/12/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO ROQUE  
RODRIGUES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA