

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno 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

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:

Nome completo da vítima:

069 682 134 00

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:
069 682 134 00

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:
511 Casa
CEP:
58280 00
Tel.(DDD):
999421520

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

AGÊNCIA: 3571

CONTA: 32691

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

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 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 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nacer)? Sim Não 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 19/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Roque Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edilson Roque dos Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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.



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 Itaporanga



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 284 /2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

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 Fonseca e Maria Rodrigues Roque, RG 3.026.867/PB e CPF 063.682.134-00, residente na R. Joaquim Veriate 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 motociclista 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: X Francisco Roque Rodriguez

Escrivão Plantonista:

FCD. SILVA RODRIGUES
ESC. POL. DA MAT. ASS.
CHIEF DE CANTORIO

11 MAR 2013
PROTOS

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:

Nome completo da vítima:

069 682 134 00

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:
069 682 134 00

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:
51

Complemento:
Casa

CEP:
58280 00

Tel.(DDD):
999 421520

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

AGÊNCIA: 3571

CONTA: 32691

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(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 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 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 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nacer)? Sim Não 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: 19/02/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Roque Rodrigues

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Edilson Roque dos Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) 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 integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA DE
ITAPORANGA
MUNICÍPIO DO MELHOR LUGAR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR VSB 06

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

HORA: 21:00

Data: <u>22-12-18</u>	ID: <u>74</u>	Paciente: <u>Francisco Rogues Radusseus</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Lugar da Ocorrência: <u>BR-367 (HBJ)</u>	Bairro: <u>Centro</u>	Médico Regulador:		
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrida 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 AGRADO/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"/> Cyanótico	<input type="checkbox"/> Ictérico	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocôncavo	<input type="checkbox"/> Anisocôncava	<input type="checkbox"/> Miótica	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispnélico	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<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: Confuso - passante em M1B

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Costela contuso + Fratura de falange em M1B

Transferência/Destino:

Local: Complexo Hospitalar Regional Patos Responsável: _____

Função: _____

Sinais Vitais:

VVA: Livre Obstruída Respiração: <30 iprm Perfusão Capilar: Retardada Normal

P.A: 111/84 mmhg FC: 75 bpm FR: iprmSpO₂: 98 % T: 36.5°C Glicemia Capilar: mg/dl Coma: 0

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

- Ansiedade Capacidade adaptativa Intracraniana Comunicação verbal prejudicada Confusão aguda Deambulação prejudicada Dérbito cardíaco diminuído Desobstrução ineficaz das VVA Disrelaxia Autônoma Dor aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Medo Intolerância à atividade Mucosa oral prejudicada Padrão respiratório ineficaz Perfusion tissular cerebral ineficaz Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz Perfusion tissular gastrointestinal ineficaz Perfusion tissular renal ineficaz Termorregulação ineficaz Troca de gases prejudicadas Ventilação espontânea prejudicada Volume de líquidos deficientes Volume excessivo de líquidos Nausées Retenção urinária Percepção sensorial perturbada Intenção social prejudicada Incontinência intestinal Eliminação urinária prejudicada Constipação Outros _____

Intervenções:

SS+V

Evolução de Enfermagem:

Consciente, orientado, satisfeito, vítima de acidente de moto, resgatado 1º atendido no HBJ e transferido, durante o transporte, para o caixão, malendo da m1b e sangramento leve mas com curativo compressivo feito no HBJ. Seu maior intercorrênci

Identificação da Equipe:

Médico: _____

CRM: _____

Enfermeiro(a): Diego

COREN: 349253

Técnico de Enfermagem: Romildo

COREN: _____

Condutor: Jeronydy

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

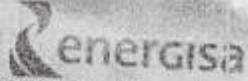
Nr. da Autenticação 4BBBD98D9770FAE5

informações

SALETE VIANA DA SILVA BARROS
RUA JOAQUIM VIEIRAS DE SOUSA, 517/CASA-BELA VISTA,
TAPORONGA / PB CEP: 58780-000 (AG: 154)

Emissão: 13/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICO B1200 Km25, Crieis Redutor- Jataú-Pessoal/PB -CEP:58001-360

Resid. P-154- 02 - 8260 N° medidor: 00029031267



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nº da Fatura/ Conta de Energia Elétrica: M517.004 / 95
Cód para DRH Automático: 29000281176

CNPJ 09.455.162/0001-40 - Inf. Ean: 801582340

Nº da Fatura/ Conta de Energia Elétrica: M517.004 / 95

Cód para DRH Automático: 29000281176

Acesse: www.energisA.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RAN

Dez / 2018 13/12/2018 15/01/2019 583.008.864-81

UC (Unidade Consumidora):

5/28157-5

Canal de contato:

MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO:
Seu benefício foi cancelado porque sua família não possui dados
dados no cadastro Unicef para mais informações ligue para o
NODS - 0800 707 2023 - Motivo: Revisão cadastral 2018
- Exercício de apresentação da Recomendação 2018 de 17 a 14 de
dezembro de 2018.
Reservada, apresente-se na sua Organização Militar.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data Leitura	Data Leitura			
04/11/18 131					
	13/12/18 281				
Demonstrativo					
CCJ Descritivo	Quantidade Tarifa	VLR Base Calc. Aqg. Iams/RT Base Calc. Pe/RS (VLR-PR)			
	Tributo TAI/RS ICMS/RS ICMS	FolCalculo/RS (100,00%)/RS/00%			
0601 Consumo em kWh	110.008,0854400	82,98 93,83 27 25,37 92,98 1,01 4,52			

11 MAR 2019

PROTOCOLO



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUNÍCIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAIPORANDA / PB CEP: 58760-000 (AD: 194)

Emissão: 12/03/2018 Referência: Fev/ 2018
Cidade/Subúsc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Centro Referência: João Pessoa/PB - CEP: 580071480
Ricardo: 7 - 154 - 26 - 2110 N° medidor: 00002857427

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019.862.075
Cód. para DBB: Automatizada: 00000282175

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	12/02/2019	13/03/2019	039.247.064-08 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Ao perceber fuitas das postas e atrasos durante o dia,
ou suas escutas à noite, informe à prefeitura da sua cidade
que cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município
é de todo cidadão.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/19	Lectura 3431	Data 12/02/19	Lectura 3505	1 73 29
Demonstrativo				
001 - Descrição	Quantidade Tarifa:	Vlco Base(DR) Alq. lote(R\$) Basl Calc. Pe(R\$) Cofins(R\$)		
		Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS - P/Cofins(R\$) 0,0000% (4,9524%)		
0001 - Consumo em kWh	73.000 0,923310	60,10 80,10 25 15,92 60,18 0,59 2,74		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 - CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	8,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

11 MAR 2019

PROTOCOLO

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 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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Roque Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 682 134 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Roque Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 682 134 / 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 Lúcio de Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Daporanga</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>reinha.andrade90@hotmail.com</u>		<u>1831987616835</u>	CEP:	<u>58780 000</u>

Local e Data: Daporanga 07/03/2019

Eduardo Rodrigues dos Santos

Assinatura do Declarante

11 MAR 2019
PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 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 Ovidoria: 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 Casa, 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 Rodriguez, cujo o condutor era

o mesmo.

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

Placa: NPX 8493 PB Chassi: 9C2JCH 110 AR 596 320

Data do Acidente: 22/12/2018

Local e Data: Itaporanga 17/01/2019

+ 2018 ADOLFO DA FONSECA NETO

Assinatura do Declarante

11 MAR 2019
PROTÓCOLO

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



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO.

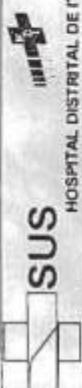
ITAPORANGA/PB 17 de janeiro de 2019.
Em testemunha da verdade

Maria Rodrigues Custódio (Escrivente)

Selo Digital - AIA32007-IYY9

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





SUS
ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAIPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09
 NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAIPORANGA
 END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183
 MUNICIPIO: ITAIPORANGA 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

Mãe: MARIA DE LOURDES ROQUE

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: RUA CRIZANTO PEREIRA
 Documento: 2547896
 Nº: 0

Bairro: BELA VISTA

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

Telefone para contato (83) 9699-3702 CNS: 2069764281400008

Data e Hora da impressão da ficha: 22/12/2018 20:05:57 CADASTRO: 351443

SSVV

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNÉSE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

MEDICAÇÃO:

- 1. PRESCRITA
- 2. APLICADA
- OBSERVAÇÃO
- OUTRO HOSPITAL
- RESIDÊNCIA
- ÓBITO
- INTERNAÇÃO
- OUTROS

SERViÇOS REALiZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. _____
 2. _____
 3. _____

1. _____
 2. _____
 3. _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(MESMO) DE FALTA(S): CARIMBO(S)

Médico *José Lira*
 CRM-PB 1268
 MÉDICO CRM

CBO

ASS-DOPACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1.	_____	
2.	_____	
3.	_____	
4.	CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGENCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO - descrição: _____		
DIAGNÓSTICO: _____		
CID-10: _____		
ENCAMINHAMENTO:		
1. _____ 2. _____ 3. _____		
EXAMES REALiZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		
RESULTADOS		

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	22927	PRONTUÁRIO	13936
DATA	23/12/2018	HORA	23:33
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	EALVES
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	58780008
ENDEREÇO	RUA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA SN		
BAIRRO	BELA VISTA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA		
TELEFONE	83999566243	CELULAR	
C.N.S.	206976428140008	IDENTIDADE	3326867
C.P.F.	063.682.134-08	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/05/1985	COR	BRANCO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

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

JOSÉ ADOLFO DA FONSECA

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

traum. pé D

11 MAR. 2013

PROTÓCOLO

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

Tecido subcutâneo extenso c/ foco de
fratur - e perde de sens

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Inativa - lura 5 caps fe pé D
CID 592.9

DADOS DA SAÍDA

Data 24/12/18Hora 18 H 00 Min

MOTIVO

- () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Peleido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Stassera Lins
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 144

		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário 1607
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Fox Poppe Body</i>		Idade	Sexo
Data 13.12.18	Pressão Arterial Pulsos <i>120x80 / 100</i>	Reflexos <i>90</i>	Temperatura <i>37</i>	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia
		Urina		Outros	
VER PRONTUÁRIO					
Ap. Respiratório				Ama	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma <i>RCN</i>	
Ap. Digestivo		NDN		Ap. Urinário	
Estado Mental		JEJUM OK		Dentes	Pescoco
Anestesia Anteriores		CONSCIENTE		Ataraxicos	Corticoides
Diagnóstico Pré-Operatório		<i>Eurt Expon L pt D</i>		Alergia	Hipertensores
Medicação Pré-Anestésica		MIDAZOLAM 5 Mg		Aplicada I.V.	Efeito
V V					
Agente Anestésicos	02	<i>EEG</i>		INDICAÇÃO	
		<i>(SF) (SF) (SF)</i>		Satisf.	Excit.
PV. ARTERIAL PULSO - RESPIRAÇÃO V.Z - ANESTESIA: OPERAÇÃO	260			Laringo Espasmo	
	240			Náuseas	
	220			Vômitos	
	200			Outros	
	180			MANUTENÇÃO	
	160			Cefazolina 2g Dexamet. 8mg	
	140			Efortil 10mg Tenoxicam 20mg	
	120			Dipirona 2g Ondasetrona 8mg	
	100			Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____	
	80			Não, porque? _____	
60			DESPERTAR		
40			Reflexos da SO _____		
20			Obstr. CO ₂ Excit.		
XO			Náuseas Vômitos		
Simbólos e Anotações	SPO2 98%		Outros		
Posição			Com cânula para o leito sim não		
Agentes	NEOCAINA 0.5% <i>15g</i> mg + DIMORF 80 mcg		CONDIÇÕES		
Técnica	RAQUIANESTESIA: Puncão lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações				
Operação	<i>Ert pé P</i>				
Cirurgião	<i>Dr. Felipe</i>				
Anestesiista	DR. TÁVIO LEAL		<i>Dr. Távio Leal Júnior</i> Anestesiologista CRM-PB 5774		
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Roque</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>21/12/08</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Felipe Seu -</u>	1º Auxiliar	<u>Sávio</u>
Anestesista <u>Tânia</u>	Tipo de Anestesia <u>Rogério</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura - lux. exposta p/ D - hispina</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Tto. cir. frat- lux. exposta p/ D</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>Tebra + les tensilosa + les de nervo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato <u>Rx</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>No nervo</u>		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
<u>Pct em DDA. Aveste. - Asperi - Campos</u>
<u>Desbridamento + limpeza cirúrgica</u>
<u>Hc. cir. frat + luxação dos os</u>
<u>Re</u>
<u>Tto. cir. frat + Nervo</u>
<u>Sintese por planos</u>
<u>Clavatilo</u>

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE F ⁺ o Rognei Rodrigues	LEITO	CONVÉRIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
21			33a	13936	
CIRURGIA Dr. P.J.T. Fral. Espírito Santo	DATA	CIRURGÃO Dr. Felipe Sennar	ANESTESIA	Rádio	
ANESTESIA Ketamina	INSTRUMENTADORA	23.12.2018	INICIO	FIN	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUÍ BARREIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipos p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	X	Seringa SF 0741
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sale		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	X	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	X	Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVP1 Tintura
	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Namun		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	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
✓	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raquo Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha	X	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Fim da Anotação 2.5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ASSISTÊNCIA TRANS-OPERATÓRIA

Recebido no Centro Cirúrgico Flo Regue Botinellys Sala 03.

Nível de consciência: Acordado Sonolento Calmo Agitado Outro _____

Antecedentes Pessoais:

Diabetes Hipertensão Doença Mental A.V.E. Etilista

Tabagista Convulsão Doença Pulmonar Doença Renal Doença Cardíaca

Alergia Nenhum Tempo de jejum 03h

ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 23/12/18 Hora 00:16 h 01.05 Cirurgia Realizada 70% em Fase Endo p/ C
Anestesia Dr. Túlio Cirurgião Dr. Edilson Sennar

Auxiliar - Tipo de anestesia Nefirina

Antibiotico Cefazolina 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 152x82 mmhg P 78 bat/min R 26 irpm/min T - °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? SIM NÃO

Especificar _____

FUSÃO/SOLUÇÕES

<input checked="" type="checkbox"/> S. Fisiológico <u>3500</u> ml	<input type="checkbox"/> S. Glicosado _____ ml	<input type="checkbox"/> R. Lactato _____ ml
<input type="checkbox"/> Plasma _____ ml	<input type="checkbox"/> C. Hemácias _____ ml	<input type="checkbox"/> Manitol _____ ml
<input type="checkbox"/> 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

IURPA Clínica Cirúrgica UTI Maternidade Alta Óbito Outros _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CARATER DO ATENDIMENTO

- () 81-ELETIVO () 82-URGÊNCIA () 83-ACIDENTE NO LÓCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 84-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 85-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03010078 03010600 GL

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

- INTERNAÇÃO ALTA A PEDIDO EVASÃO ÓBITO ALTA MÉDICA
 TRANSCERÊNCIA

MÉDICO/CRM

1964-24578

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

HORA	ATIVIDADE
22	Atépedo
12	frat. esportivo D c/ B/
18	ligamentos graves associados.

1944-1945

FECHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2685473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO RUA HORÁCIO NÓBREGA, 5/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 68.778.268.0023/76

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
PROFISSÃO			GÊNERO		
ENDERECO	RUJA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA	nºSN	BAIRRO	BELA VISTA	
CIDADE	ITAPORANGA	U.F PB	CEP	58780000	
TELEFONE	(83)9995-6624		CELLULAR		
CNS	286976428148008	R.G 3826867	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	
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO				
TRANSPORTE	SAMU				
MÉDICO	FELIPE TAVARES SENA				

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO- PA- X- H- TEMP-

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

~~Acúclus de urato. 1 flogos 16/~~
~~Alelofílum allérodes~~
~~Reptilia em pé.~~

EXAMES REALIZADOS /SA/ UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 22 / 12 / 18 Hora 23 h 10 Gênero **HC**

Nome/Nome Social **Fábio Roque Rodrigues - 330**

Origem* **Meu público** Regulado? Sim Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas _____ Encaminhado? Sim Não

Motivo do atendimento* **fracura em M10, coluna no fo e no fr**

Ciclo **1 fa paragua**

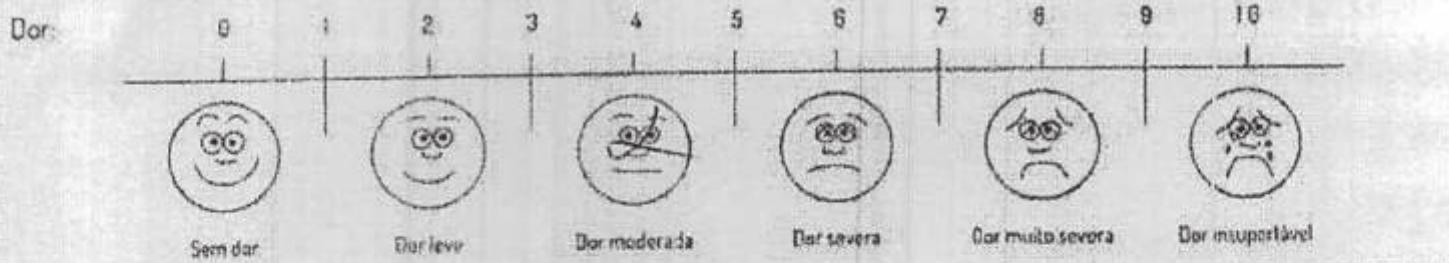
Transporte **SPAU**

Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim

Doença prévia? Não Sim

Temp. **36,5** °C P脉 **88** bpm Resp **12** irpm SpO₂ **99** % PA **140x80** mmHg HGT **—** mg/Dl

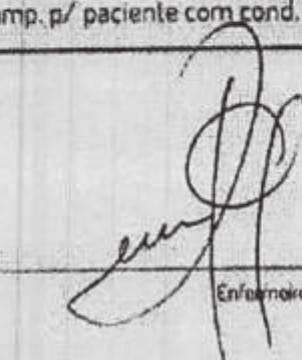


Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica **Orto pedra**

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/Controlador

Hospital Regional de Patos - RX

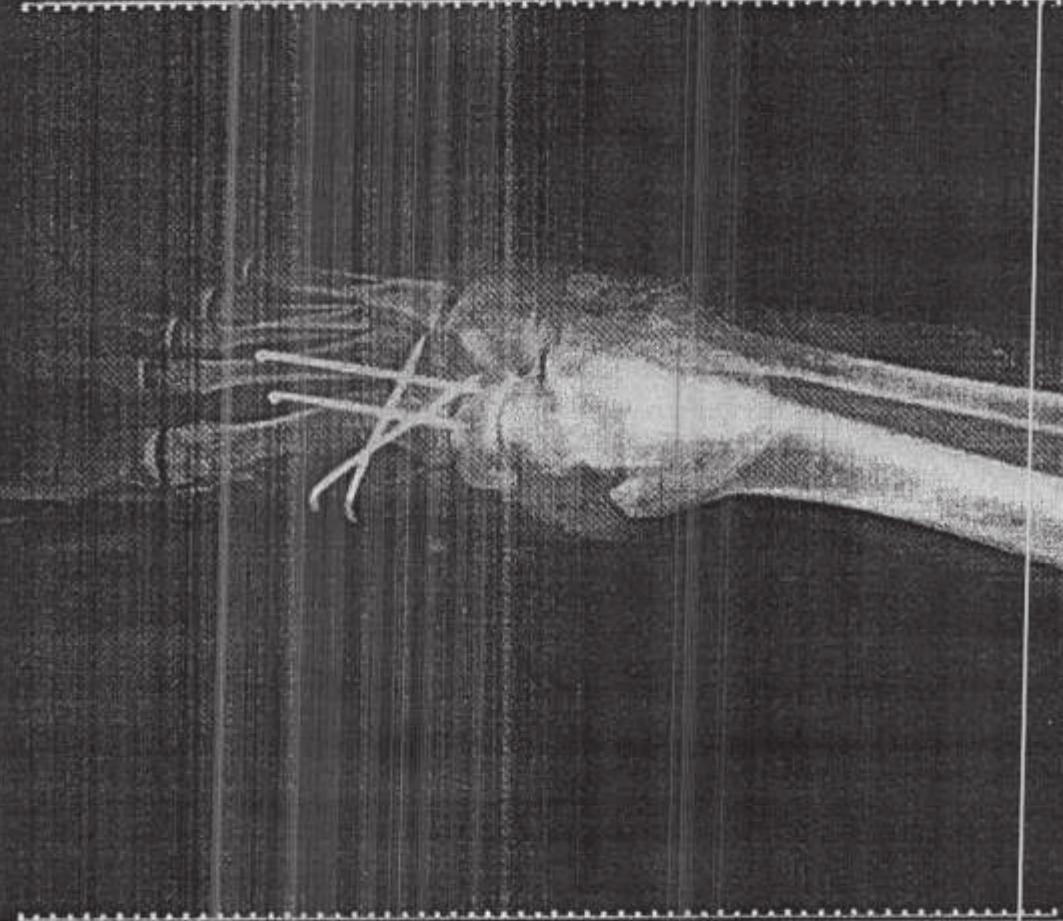
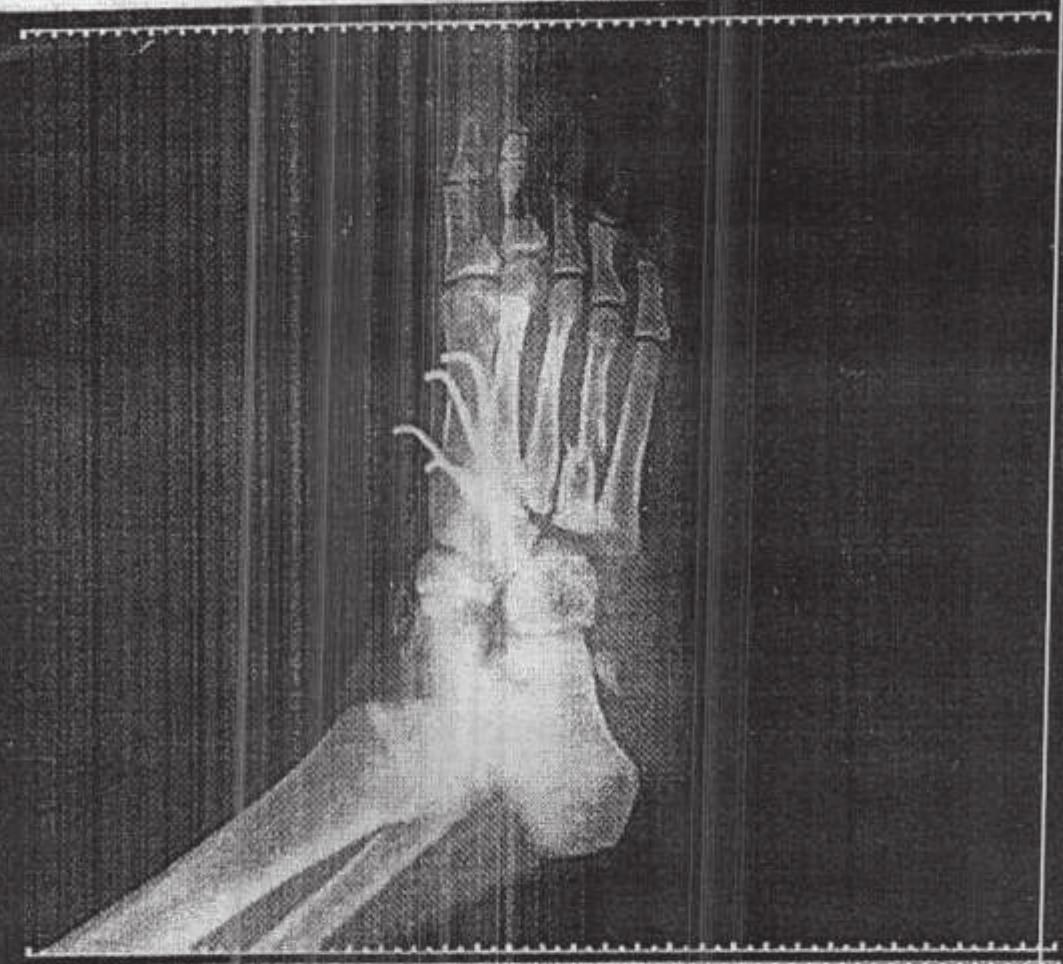
000000130397

52%

El_s 546 000000130397

50%

El_s 137



Pc AP

000000008744

23/Dez/2018 13:01:58 Pt. Obliqua

23/Dez/2018 13:01:58 Pt. Obliqua

FRANCISCA ROQUE RODRIGUES, , *25/Mai/1985

23/Dez/2018 13:02:25

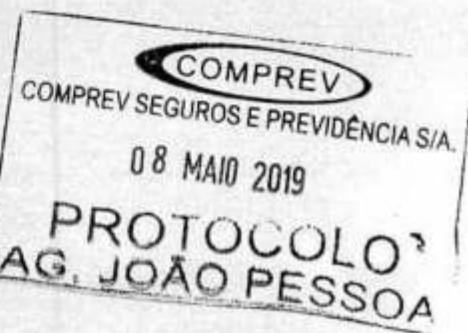
Relatório Médico

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.

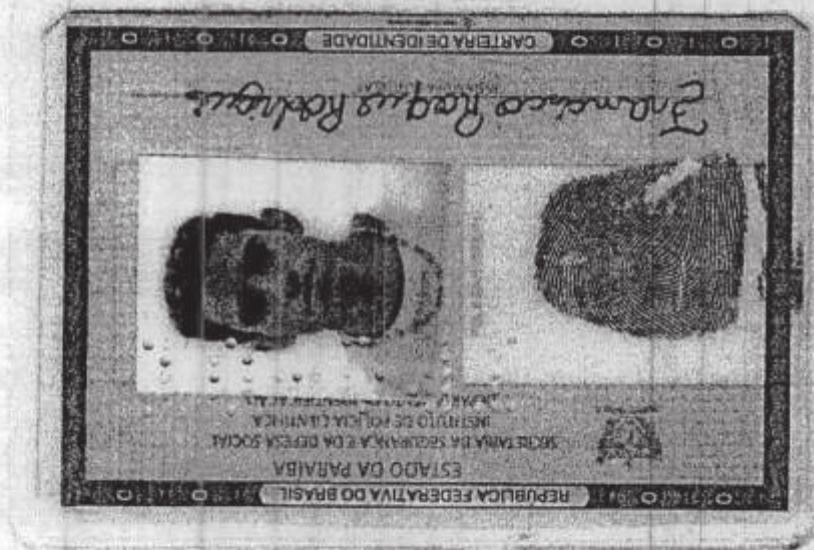
03/05/2019

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO
3.026.867 -2 VÍR	05/05/2012
NOME FRANCISCO ROQUE RODRIGUES	
FILIAÇÃO MARIANO ROQUE DA FONSECA	
MARIA RODRIGUES ROQUE	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
ITAPORANGA-PB	25/05/1985
DOC ORIGEM	
NASC. N. 10970 FLS. 35 LIV. A12	
CARTÓRIO ITAPORANGA-PB	
CPF	<i>[Signature]</i>
063.682.134-00	José Antônio da Silva Neto Assinatura do Presidente da C.R.C. e C.M.
LEI N° 7.118 DE 29/08/83	



11 MAR. 2019
PROTÓCOLO



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUNÍCIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAIPORANDA / PB CEP: 58760-000 (AD: 194)

Emissão: 12/03/2018 Referência: Fev/ 2018
Cidade/Subúsc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km:25 - Centro Referência: João Pessoa/PB - CEP:580071480
Ricera: 7 - 154 - 26 - 2110 N° medidor: 00002857427

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº 019.862.075
Cód. pam DBB, Automação: 00000282175

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	12/02/2019	13/03/2019	039.247.064-08 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Ao perceber fura ou postos acessos durante o dia
ou suas escutas à noite, informe à prefeitura da sua cidade
que a iluminação pública é responsabilidade do município
e de todo cidadão.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/19	Lectura 3431	Data 12/02/19	Lectura 3505	1 73 29
Demonstrativo				
001 - Descrição	Quantidade Tarifa:	Vlco Base(DR) Alq. lote(R\$) Basl Calc. Pe(R\$) Cofins(R\$)		
		Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS - P/Cofins(R\$) 0,0000% (4,9524%)		
0001 - Consumo em kWh	73.000 0,923310	60,10 80,10 25 15,92 60,18 0,59 2,74		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 - CONTRIBUÇÃO ILUM PÚBLICA	8,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

11 MAR 2019

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E TÍTULO DE VEÍCULO
Nº 013929557230
VAN
OD. REINAVAN
1 0031149817-5 00/00000000 2018

JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO

CPF / CNPJ	89361873415	PLACA	NPX8493 / PB
PLACA ANT / NUE	PB	CHASSI	9C2JC4U10AR596320
MARCA / MODELO	HONDA / CG 125 FAN KS	COMBUSTÍVEL	GASOLINA
ANO / MODELO	2010	ANO / MARCA	2010
CAP / POT / GAL	2 P/124 /C1	CATEGORIA	Partic.
QOTA ÚNICA	V	COR PREDOMINANTE	VERMELHA
P	00/00/0000	VENC / COTA ÚNICA	1*
V	FAZER ARUA	PAGAMENTO / COTAS	2*
A	*****	3*	
PREMIOS TARIFÁRIO (R\$)	100,00	PREMO TOTAL (R\$)	100,00
SEGURDO	PA GO	DIA DE PAGAMENTO	19/03/2018
RESERVAS / OBSERVAÇÕES	SEM RESERVA DE DOMÍNIO		

ITAPORANGA - PB
14503

CONTRIBUIN

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 MÚLTIPAS 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?

[**X**] 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, PERMANECEU 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)?

[**X**] Sim [] Não

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

MÚLTIPAS 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



**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**

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 (X) 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.

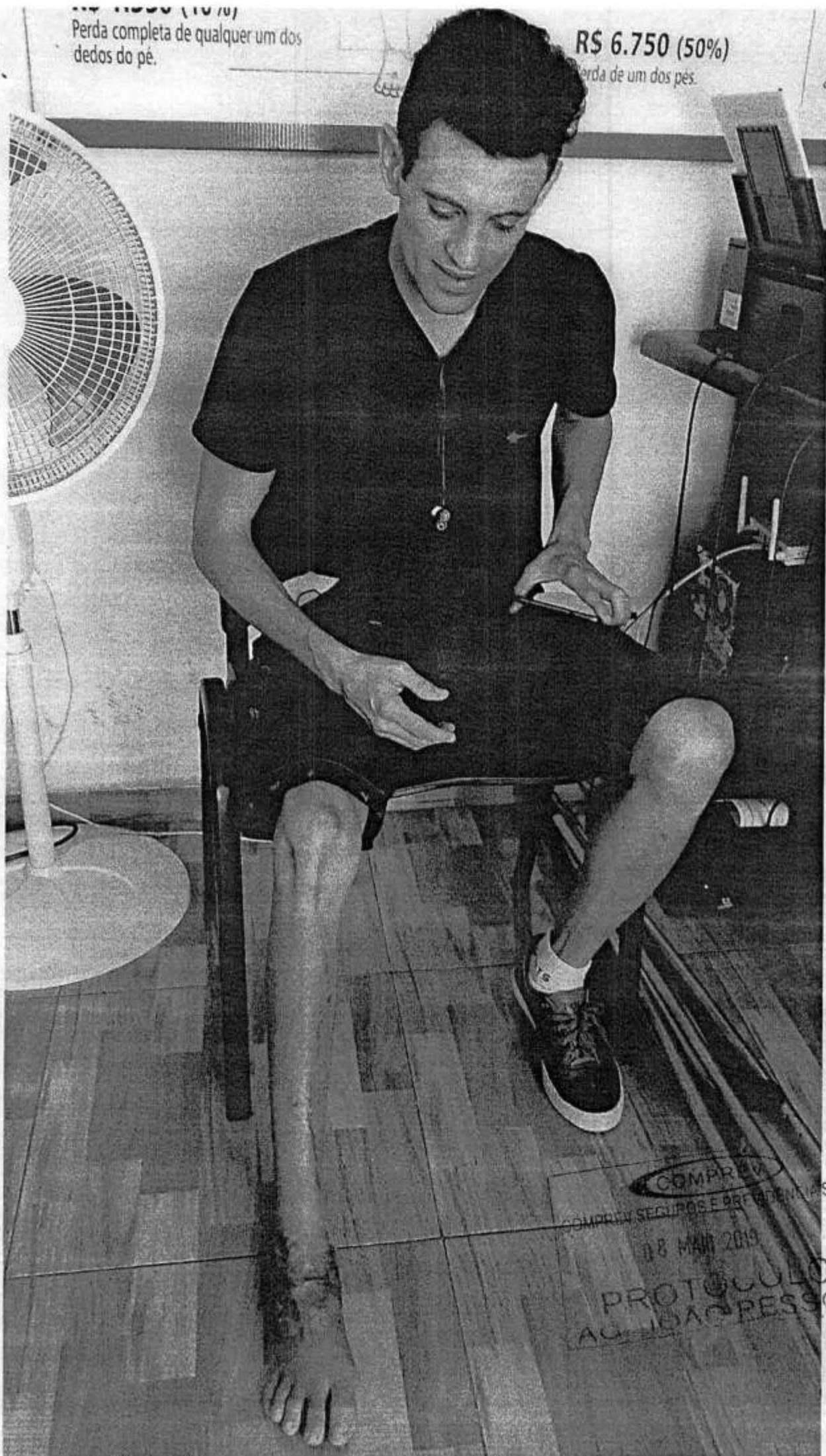


Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Perda completa de qualquer um dos dedos do pé.

R\$ 6.750 (50%)

Perda de um dos pés.



COMPRE
SEGURAS E PRATICAS.
18 MAIO 2013

PROTÓTIPO
AUTOMÁTICO
PRESSO

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 08 de maio de 2019.

BENEFICIÁRIO: Francisco Rogue 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: Francisco Rogue 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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 MÚLTIPAS 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, PERMANECIU 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 retracções, 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 MÚLTIPHAS 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, PERMANECIU 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 retracções, 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 - OSTEOSÍNTSE 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 - OSTEOSÍNTSE 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/05/2019

Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 039.247.064-09

Data do cadastramento: 08/05/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA