



Número: **0801919-82.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **09/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ROQUE RODRIGUES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36460953	10/11/2020 10:28	<a href="#">Petição</a>	Petição
36460956	10/11/2020 10:28	<a href="#">2718765_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36460960	10/11/2020 10:28	<a href="#">2718765_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos



EM ANEXO







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, 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

00050225



Carta nº 14364764







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, 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:	Nome completo da vítima:
	06368213400	Francisco Roque Rodrigues
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Francisco Roque Rodrigues		06368213400
Profissão:	Endereço:	Número:
Auxiliar de Serviços Gerais	Rua Joaquim Veruato de Sousa	SN
Bairro:	Cidade:	Estado:
Bela Vista	Taporanga	P.B.
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
neto.aperioria@hotmail.com	5828000	999471520

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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: 3571 ☐ CONTA: 32691 ☐ 2

(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(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Assinatura da vítima ou beneficiário legalmente habilitado

Local e Data: Taporanga 29/02/2019

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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.

V001/2018





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. 2014  
CHEFE DE CANTO

11 MAR 2019

PROTOCOLADO





# 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: Auxiliar de Serviços Gerais Endereço: Rua Joaquim Veruato de Sousa Número: 51 Complemento: Casa  
Bairro: Bela Vista Cidade: Taporanga Estado: P.B. CEP: 58280 00  
E-mail: neto.assessoria@hotmail.com Tel.(DDD): 999 4715 20

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECUSO 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: 3571 CONTA: 32691 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(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), 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.

Assinatura da vítima ou beneficiário legalmente habilitado: \_\_\_\_\_  
Local e Data: Taporanga 29/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) 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)

(\*) 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.

V001/2018





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>Francisco Rogues Rodrigues</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência: <u>BA-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"/> Trote <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"/> Dispnéico	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Hematótese	<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: Contusão-paralela em MIB

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Cost. contuso + fratura de fêmur em MIB

Transferência/Destino:

Local: Complexo Hospitalar Regional Patos Responsável:

Sinais Vitais:

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

P.A.: 110/84 mmHg FC: 75 bpm FR: 18 irpm SpO<sub>2</sub>: 98 % T: 36,5 °C Glicemia Capilar: 100 mg/dl Coma:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Capacidade adaptativa	<input type="checkbox"/> Intracraniana	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Confusão aguda	<input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído	<input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Disrelexia	<input type="checkbox"/> Autônoma	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Intolerância a atividade	<input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Perfusão tissular cerebral ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão tissular renal ineficaz	<input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz	<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada
<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficientes	<input type="checkbox"/> Volume excessivo de líquidos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Retenção urinária	<input type="checkbox"/> Percepção sensorial perturbada
<input type="checkbox"/> Intenção social prejudicada	<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> 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 para o hospital, apresentando fratura de fêmur e contusão costal. Foi realizado o atendimento com curativo compressivo feito no HDI. Sem mais intercorrências.

Identificação da Equipe:

Médico:	CRM:
Enfermeiro(a): <u>Diogo</u>	COREN: <u>349253</u>
Téc de Enfermagem: <u>Joana</u>	COREN:





# 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





SALETE VIANA DA SILVA BARROS  
RUA JOAQUIM VERRATO DE SOUSA, 5 N° CASA - BELA VISTA  
ITAPORANGA / PE CEP: 56780-000 (AG: 154)

Emissão: 13/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/ RESIDENCIAL MONOFASICO 91200 Km.25 - Centro Residencial - João Pessoa/PE - CEP: 55071-900  
Ponto: 2 - 164 - 20 - 6260 Nº medidor: 0000031267

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.102/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 017.004.195  
094 para Dth. Automático: 0000281174

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	063.098.864-01

UC (Unidade Consumidora): 5/28157-6

Canal de contato

MENSAGEM TARFA SOCIAL - ATENÇÃO:  
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) para o NÚMERO 0800 107 2023. Motivo: Benefício cancelado 2018.  
- Exercício de apresentação de Recibo 2018 de 17 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/11/18	131	13/12/18	251		110	29
Demonstrativo						
C/D Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Imp. Transm.	Base Calc. Pto (R\$)
		Tributos Tarifários ICMS IPI IPTU		Parcela (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)		
0601 - Consumo em kWh		110,000	0,854400	93,98	93,98	27
				25,37	93,98	1,01
						4,59

11 MAR. 2019  
PROTOCOLO





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

**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**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB**  
**AB**

**Nº REGISTRO**  
**04119219871**

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

**1ª HABITAÇÃO**  
**14/06/2007**

**OBSERVAÇÕES**

**ASSINATURA DO TITULAR**  
*Edilson Rodrigues dos Santos*

**LOCAL**  
**BEIRA TALLADA, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**21/06/2017**

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Osvaldo Augusto Soares Ribeiro*  
**32584390707**  
**PE079711306**

**PERNAMBUCO**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
**RLA EUNIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO**  
**ITAIPORANGA / PB CEP: 58700-000 (AO - 154)**  
**Emissão: 12/02/2019 Referência: Fev / 2019**  
**Criador/Subscritor: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-230, Km 25 - Canto Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58071-680**  
**Ruário: 7 - 154 - 25 - 3110 Nº medidor: 00002857427**

**ENERGISA**  
**ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
**CNPJ 08.595.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0**

**Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019 062 075**  
**Cd. d. par. D. d. Aut. Aut. 00000282225**

**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**  
 At. por e-mail: [atendimento@energisa.com.br](mailto:atendimento@energisa.com.br)  
 ou por telefone: 0800 083 0196  
 ou pessoalmente: Rua Eunio Figueiredo, 22 - Centro - Itaiporanga / PB - CEP 58700-000  
 e em todo cidade.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/19	Leitura 3431	Data 12/02/19	Leitura 3505	1
Consumo				
Diferença				
Consumo em kWh				
73,000 0,823310				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA				

**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](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/BIBLIOTECAWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisca Roque Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 063 682 134 1 00

do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Francisca Roque Rodrigues

Inscrito (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 Euzébio 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>rentas.assessoria@hotmail.com</u>	CEP: <u>58780000</u>	Tel.(DDD): <u>999421520</u>

Local e Data: Taporanga 02/03/2019

Edilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante

11 MAR 2019  
PROTOCOLO

DLDR01 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:28:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010282029800000034808084>

Número do documento: 20111010282029800000034808084

Num. 36460956 - Pág. 12



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

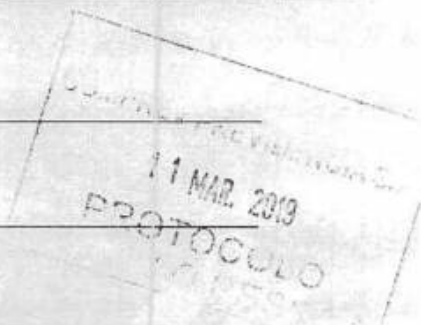
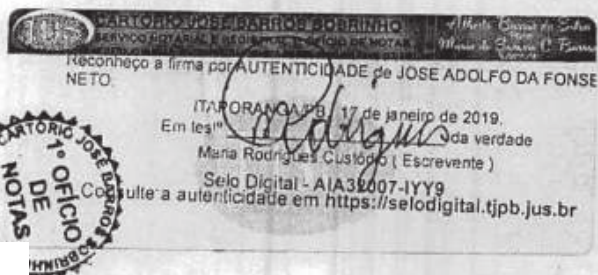
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 Roque Rodrigues, cujo o condutor era  
o mesmo  
Veículo: moto Modelo: honda CG 125 Fan KS Ano: 2010  
Placa: KPX 8493 PB Chassi: 9C2JC4 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 )









# FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22927	PRONTUÁRIO	13936
DATA	23/12/2018	OPERADOR	EALVES
OCORRÊNCIA	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	3926867
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 *PROVADIENTE FONSECA*

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

*nam pe D*

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *inatur - luxa 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. Soares Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20.744*





1607

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário																																																																																																																																																																																																				
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <u>Fro Roque body</u>		Idade	Sexo																																																																																																																																																																																																			
Data <u>23.12.18</u>	Pressão Arterial/Pulso <u>120x80/100</u>	Respiração <u>20</u>	Temperatura <u>36.1</u>	Peso	Altura																																																																																																																																																																																																			
Tipo Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urela																																																																																																																																																																																																			
Unina		VER PRONTUÁRIO																																																																																																																																																																																																						
Ap. Respiratório			Asma																																																																																																																																																																																																					
Ap. Circulatório			Eletrocardiograma <u>Rcn</u>																																																																																																																																																																																																					
Ap. Digestivo			Ap. Urinário																																																																																																																																																																																																					
Estado Mental			Alergia																																																																																																																																																																																																					
Diagnóstico Pré-Operatório			Estado Físico																																																																																																																																																																																																					
Anestesia Anteriores			Risco																																																																																																																																																																																																					
Medicação Pré-Anestésica			Efeito																																																																																																																																																																																																					
MIDAZOLAM 5 mg			Aplicada em																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agente Anestésico</th> <th>02</th> <th colspan="12">INDICAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Líquido</td> <td>(SF) (SF) (SF)</td> <td colspan="12"> Satisf. <u>Exc.</u> Tosse  Laringo Espasmo <u>Lenta</u>  Náuseas <u>Vômitos</u>  Outros </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12"> MANUTENÇÃO  Cefazolina 2g Dexamet. 8mg  Efortil 10mg; Tenoxicam 20mg  Dipirona 2g Ondasetrona 8mg </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12"> Anestesia Satisf. Sim. Não  Não, porque? </td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12"> DESPERTAR  Reflexos na SO  Obstr. CO2 Excit.  Náuseas Vômitos  Outros  Com cânula para o leito sim não </td> </tr> <tr> <td colspan="2">SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</td> <td colspan="14"> CONDIÇÕES </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Posição</td> <td colspan="14"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Agentes</td> <td colspan="14">NEOCAINA 0.5% <u>15g</u> mg + DIMORF 80 mcg Cânula</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Técnica</td> <td colspan="14">RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Operação</td> <td colspan="14">Fnt. <u>pt</u> (P)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cirurgião</td> <td colspan="14">Dr. <u>Leal</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anestesiologista</td> <td colspan="14">DR. TÁVIO LEAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Observações</td> <td colspan="14"> Dr. Távio Leal Junior  Anestesiologista  CRM 5774 </td> </tr> </tbody> </table>						Agente Anestésico	02	INDICAÇÃO												Líquido	(SF) (SF) (SF)	Satisf. <u>Exc.</u> Tosse Laringo Espasmo <u>Lenta</u> Náuseas <u>Vômitos</u> Outros													MANUTENÇÃO Cefazolina 2g Dexamet. 8mg Efortil 10mg; Tenoxicam 20mg Dipirona 2g Ondasetrona 8mg													Anestesia Satisf. Sim. Não Não, porque?													DESPERTAR Reflexos na SO Obstr. CO2 Excit. Náuseas Vômitos Outros Com cânula para o leito sim não												SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		CONDIÇÕES														Posição																Agentes		NEOCAINA 0.5% <u>15g</u> mg + DIMORF 80 mcg Cânula														Técnica		RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações														Operação		Fnt. <u>pt</u> (P)														Cirurgião		Dr. <u>Leal</u>														Anestesiologista		DR. TÁVIO LEAL														Observações		Dr. Távio Leal Junior Anestesiologista CRM 5774													
Agente Anestésico	02	INDICAÇÃO																																																																																																																																																																																																						
Líquido	(SF) (SF) (SF)	Satisf. <u>Exc.</u> Tosse Laringo Espasmo <u>Lenta</u> Náuseas <u>Vômitos</u> Outros																																																																																																																																																																																																						
		MANUTENÇÃO Cefazolina 2g Dexamet. 8mg Efortil 10mg; Tenoxicam 20mg Dipirona 2g Ondasetrona 8mg																																																																																																																																																																																																						
		Anestesia Satisf. Sim. Não Não, porque?																																																																																																																																																																																																						
		DESPERTAR Reflexos na SO Obstr. CO2 Excit. Náuseas Vômitos Outros Com cânula para o leito sim não																																																																																																																																																																																																						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		CONDIÇÕES																																																																																																																																																																																																						
Posição																																																																																																																																																																																																								
Agentes		NEOCAINA 0.5% <u>15g</u> mg + DIMORF 80 mcg Cânula																																																																																																																																																																																																						
Técnica		RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações																																																																																																																																																																																																						
Operação		Fnt. <u>pt</u> (P)																																																																																																																																																																																																						
Cirurgião		Dr. <u>Leal</u>																																																																																																																																																																																																						
Anestesiologista		DR. TÁVIO LEAL																																																																																																																																																																																																						
Observações		Dr. Távio Leal Junior Anestesiologista CRM 5774																																																																																																																																																																																																						

Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias





RELATÓRIO DE CIRURGIA


Nome: <u>Francisco Roque</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>20.12.18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>celipe Sen -</u>	1º Auxiliar <u>Sano</u>	
Anestesista <u>Tanio</u>	Tipo de Anestesia <u>Raque</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura-luxação exposta pe D - hiflexão</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Tto. cir. frak-lux. exposta pi 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>Não houve</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<u>Pto em DDA. Acesso - Amp - Campos</u>
<u>Desbridamento + limpeza cirúrgica</u>
<u>Tto. cir. frak + luxação pi 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	Fco. Rogério Rodrigues				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		33a	13936		
CIRURGIÃO	Dr. Felipe Senna				
ANESTESIA	Dr. Sávio				
INSTRUMENTADORA	DATA		INÍCIO	FIM	
	22.11.2018		00:26h	01:05h	

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	N	Scalp 5 F0291
	TX. Bomba de Infusão		Luvvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sale		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	N	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	N	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	X	Esparradrapo
	Etodimidate		Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
1	Dimorf	N	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	NAMIN		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	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 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque 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	N	Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Fio de Kirschman 2.5





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

Recebido no Centro Cirúrgico Fco Raul 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 MG. Cir. Ext. Borda PI  
Anestesia Dr. João Cirurgião Dr. Felipe Senra  
Auxiliar - Tipo de anestesia Rápidi

☒ 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

Anestésias anteriores: ☐ Sim ☒ Não Especificar

Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não Especificar

**RESPOSTA CARDIOVASCULAR**

Pa 152 x 82 mmHg P 78 bat/min R 20 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**

*Joventina Dantas de Medeiros*  
Enfermeira  
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 \_\_\_\_\_

Juliano Torres - CRM  
Ortopedia - 5244  
CRM 5244 PB

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

DATA	HORA	
22		Ortopedi.
12		Exat. exposte p/ D e 1.º
18		ligamentar grave associado.
		Do Centro Cirúrgico

0





COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

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



SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE  
SUS

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	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 PÚBLICA		
PACIENTE	FRANCISCO ROQUE RODRIGUES		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	MARIA RODRIGUES ROQUE	FILIAÇÃO II	MARIANO ROQUE DA FONSECA
NASCIMENTO	25/05/1985	IDADE	33a 6m
PROFISSÃO			
ENDEREÇO	RUA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA	nºSN	Bairro BELA VISTA
CIDADE	ITAPORANGA	U.F. PB	CEP 58780000
TELEFONE	(83)9995-6624	CELULAR	
CNS	206976428140008	R.G.	3026867
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CPF	063.682.134-00
		REG. NASC.	
F.A.A	22923	PRONTUÁRIO	13936
MOTIVO	ACIDENTE DE MOTO	OPERADOR	OKELLY
DATA	22/12/2018 Horário: 23:06	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
ARATER	02 - URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	SAMU		
MÉDICO	FELIPE TAVARES SENA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *X* JOÃO ADOLFO DA FONSECA - N.O.

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

### ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Acidente de moto. 1. 22/12/2018*  
*Acidente de moto. 1. 22/12/2018*  
*Acidente de moto. 1. 22/12/2018*  
*Acidente de moto. 1. 22/12/2018*

### EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

### SOLICITAÇÃO DE PARECER

H ☐ NÃO

### DIAGNÓSTICO

### PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

### MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TCM

*Suelio Santos*  
*CRM 100000*  
*CRM 100000*





## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 22 / 12 / 18 Hora 23 h 10 Genero Ac

Nome/Nome Social Tyso Roque Rodriguez - 33a

Origem\* Un. pública Regulado? ☒ Sim ( ) Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas trauma em MIP, colares muito x muito Encaminhado? ☒ Sim ( ) Não

Motivo do atendimento\* trauma em MIP, colares muito x muito

Cliente 19 poranga

Transporte SAMU

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

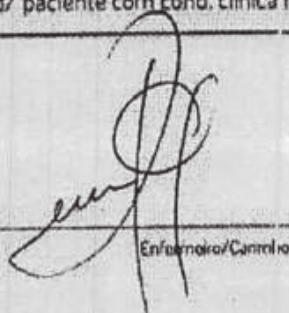
Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável

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

Especialidade Médica Oto 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/Cariótipo





Hospital Regional de Patos - RX

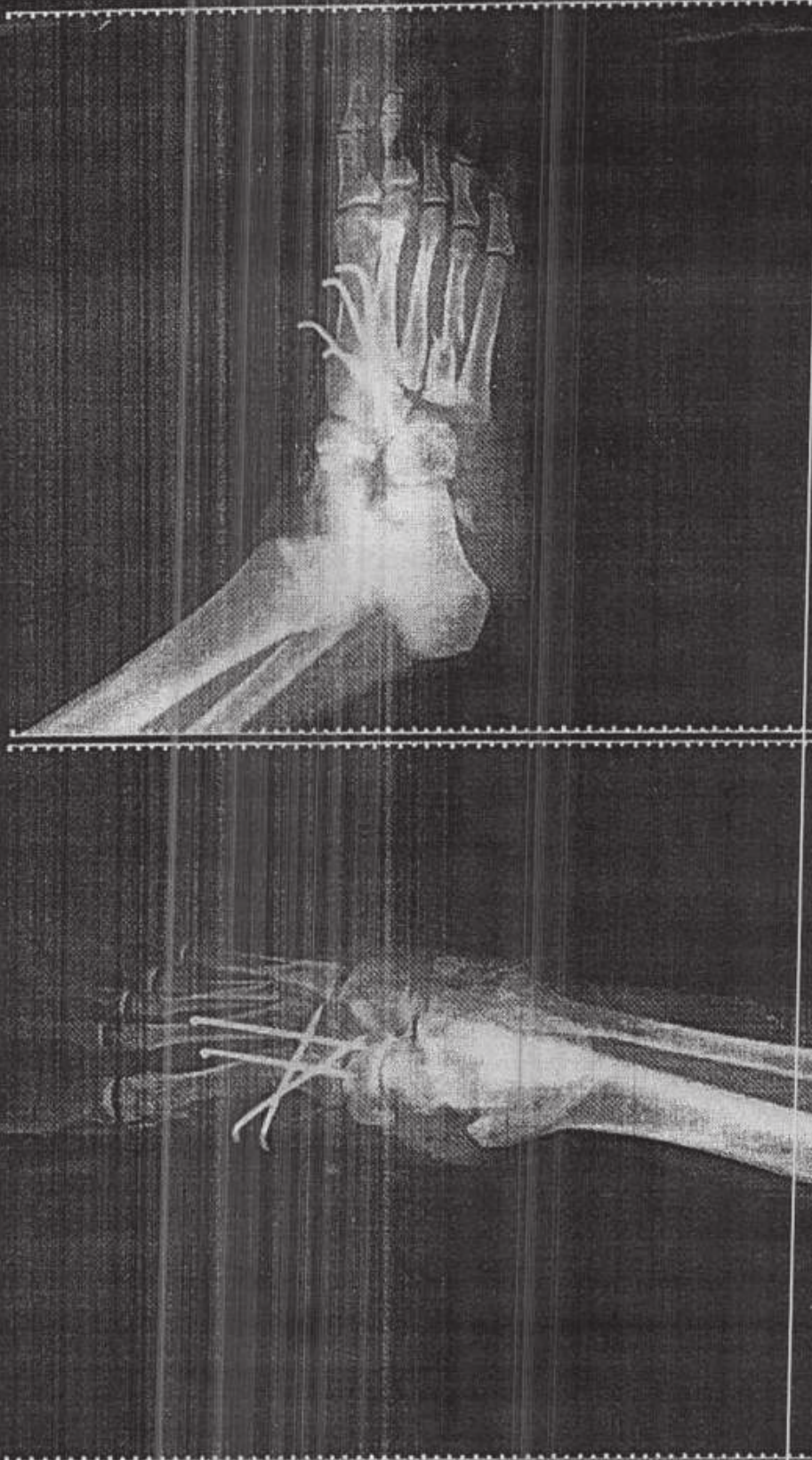
000000130397

52 %

El\_s\_546 000000130397

50 %

El\_s\_137



Pe AP

23/Dez/2018 12:01:58 Pe, Obliqua

23/Dez/2018 13:02:25

000000003744

FRANCISCA ROQUE RODRIGUES,, \*25/Mai/1985

RUA HORACIO NOBREGA S/N- HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE- PATOS /PB





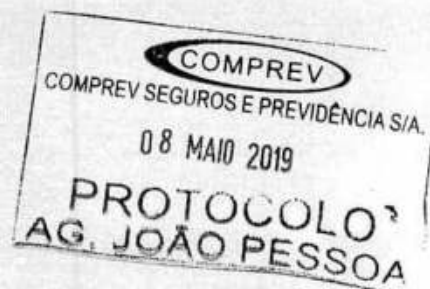
Relatório Médico

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





VALIDA 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  
CARTÓRIO ITAPORANGA-PB

063.682.134-00

Assinatura de Suelio Moreira da Silva Neto  
Cid. Suelio Moreira da Silva Neto, Adv. e Cont.

LEI Nº 7.110 DE 29/08/83

CARTÃO DE IDENTIDADE

Francisco Roque Rodrigues

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE POLÍCIA MILITAR

11 MAR. 2019

PROTOCOLO





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA ENERGIA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE SUPRIMENTO**  
**DE ENERGIA ELÉTRICA**

**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**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB**  
**AB**

**Nº REGISTRO**  
**04119219871**

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

**1ª HABITAÇÃO**  
**14/06/2007**

**OBSERVAÇÕES**

**ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO**  
*Edilson Rodrigues dos Santos*

**LOCAL**  
**BEIRA TALHADA, PE**

**DATA EMISSÃO**  
**21/06/2017**

**ASSINATURA DO LÍDER**  
*Osvaldo Augusto Soares Ribeiro*  
**32584380707**  
**PE079711306**

**PERNAMBUCO**

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
**RLA EUNÍCIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO**  
**ITAIPORANGA / PB CEP: 58700-000 (AO - 154)**  
**Emissão: 12/02/2019 Referência: Fev / 2019**  
**Criador/Subscritor: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-230, Km 25 - Canto Redentor, João Pessoa / PB - CEP 58071-680**  
**Ruário: 7 - 154 - 25 - 3110 Nº medidor: 00002857427**

**ENERGISA**  
**ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
**CNPJ 08.595.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0**  
**Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 019 062 075**  
**Cód. de Barras Automático: 00000282229**

**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**  
 Ativar por favor: ligue para o número 0800 083 0196 durante o dia ou, se estiver à noite, informe à Prefeitura da sua cidade. O poder de iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/19	Leitura 3431	Data 12/02/19	Leitura 3505	1
Consumo				
Diferença				
Demonstrativo				
Descrição				
Quantidade Tarifas Valor Base Calc. Alim. (R\$) Base Calc. Pot. (R\$) Coluna (R\$)				
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pw/Coluna (R\$) (20,00%) (4,5624%)				
D001 Consumo em kWh				
73,000 0,823310 80,10 80,10 35 15,02 80,10 0,50 2,74				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
D007 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA				
8,43 1,00 0 0,00 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  
VIA 1 0031149817-5 00/00000000 2018

JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO

89361873415  
PLACA ANT / UF PB  
NOVO  
9C2JC4110AR596320  
CHASSI  
NPX8493/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC  
COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS  
ANO FAB 2010  
ANO MOD 2010

CAP/POT/CL 2 P/124/CL  
CATEGORIA PARTIC  
COR PREDOMINANTE VERMELHA

1  
P  
V  
A  
COTA ÚNICA 00/00/0000  
VENÇ. COTA ÚNICA 1º  
FAIXA / RUA 0  
PARCELAMENTO / COTAS 2º  
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000  
PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000  
DATA DE PAGAMENTO 19/03/2018  
PAGO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ITAPORANGA - PB  
14303  
19/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA-TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - 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 CPT/CHPJ PLACA NPX8493/PB

00311498175 REMANEX MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

2010 9 CATEGORIA ANO FAB ANO MOD 9C2JC4110AR596320

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) 00/00/0000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

SEGURO PAGO

DATA DE QUITAÇÃO 19/03/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

40053-12025538-20180319

11 MAR. 2013  
PROTÓCOLO



**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?**

[ **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, 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)?**

[ **X** ] 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.



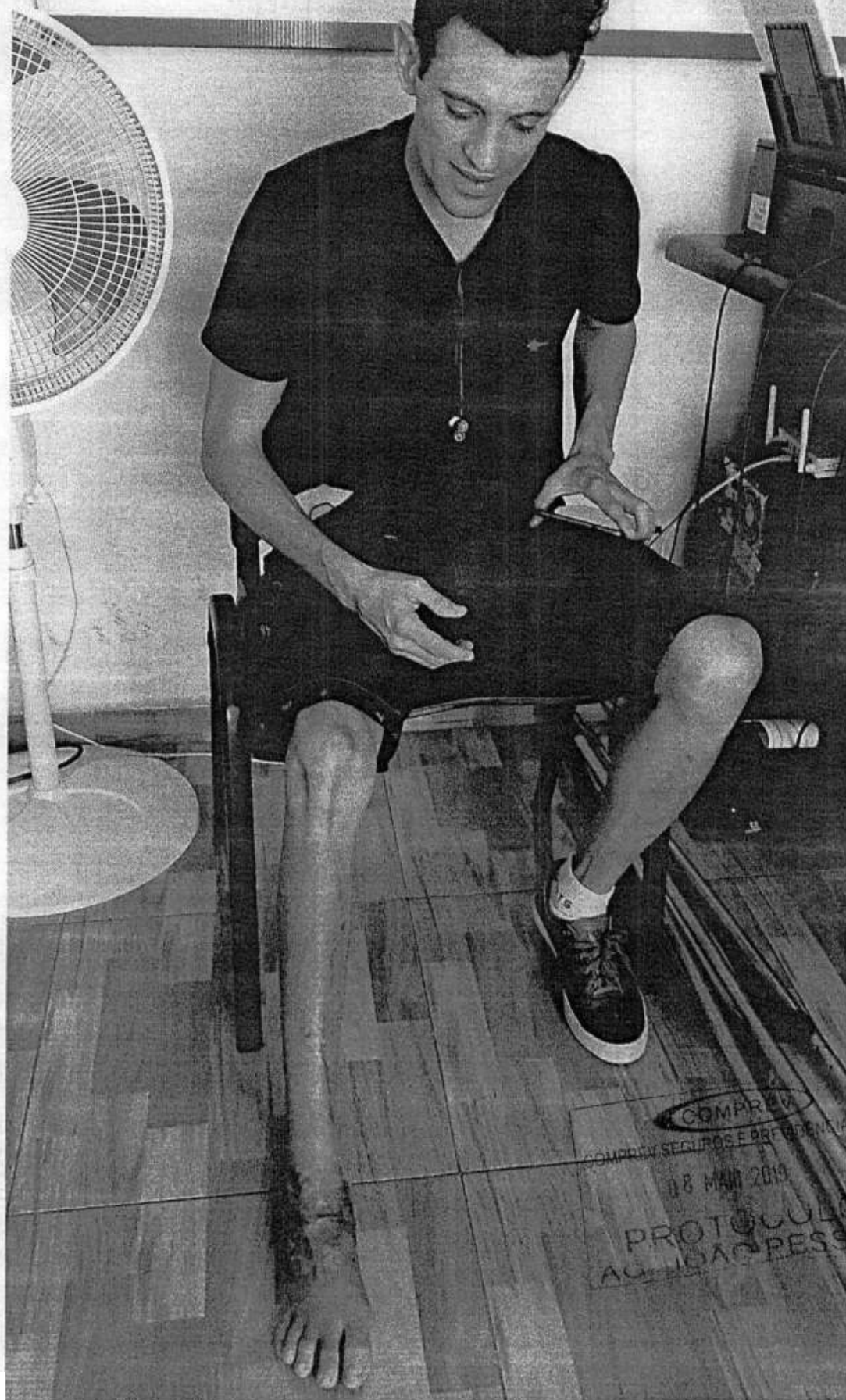
Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB





Perda completa de qualquer um dos  
dedos do pé.

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





**CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**

Itaporanga/PB, 08 de maio de 2019.

**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.

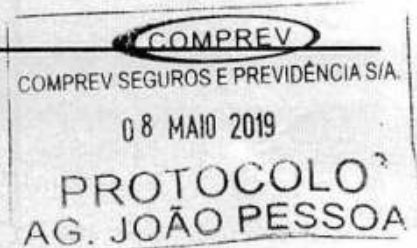
O referido é verdade. Dou fé.

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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>





## 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

#### 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

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

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







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB

Processo: 08019198220198150211

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO ROQUE RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ITAPORANGA, 6 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:28:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010282066900000034808088>  
Número do documento: 20111010282066900000034808088