



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
36460 953	10/11/2020 10:28	<u>Petição</u>	Petição
36460 956	10/11/2020 10:28	<u>2718765_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36460 960	10/11/2020 10:28	<u>2718765_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/11/2020 10:28:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111010281918700000034808082>
Número do documento: 20111010281918700000034808082

Num. 36460953 - Pág. 1



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

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%
Solução: 50% - 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalides 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

Pag. 00449/00450 - carta_02 - INVALIDEZ



00050225

Carta nº 14364764



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. 2



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

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:	
	063 682 134 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:		CPF:	063 682 134 00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
auxiliar de Serviços Pessoais	Rua Joaquim Ferreira de Souza	SN	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Bela Vista	Itaporanga	PB	58280 000
E-mail:	E-mail: roteiro.assessoria@hotmail.com (83) 982616835 Tel.(DDD): 999421520		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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)

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 atende 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) 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 nascer)? 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.

Local e Data: Itaporanga 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)

Suelio 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

0001/2018



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 Itaporanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 284 /2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 22 / Dezembro / 2018 HORAS: 19h30mén.

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

Notificante/Vítima:

FRANCISCO ROQUE RODRIGUES, natural de Itaporanga/PB, Solteiro, Auxiliar de Serv. Gerais, nascido no dia 25.05.85, filho de Mariane Roque da Fonseca e Maria Rodrigues Roque, RG 3.026.867/PB e CPF 063.682.134-00, residente na R. Joaquim Veríato de Sousa, s/n, Bela Vista Itaporanga-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 Itaporanga-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 Itaporanga e em seguida removido para Picos/PB.

Itaporanga, Pb, 21 de Fevereiro de 2019.

Notificante/Vítima: X Francisco Roque Rodrigues

Escrivão Plantonista: _____

Fto. Sávio Rodrigues
ESC. POLICIA MILITAR
CHIEF DE CAUTELA

11 MAR 2019

PROTÓCOLO





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:	
	063 682 134 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:		CPF:	063 682 134 00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
auxiliar de Serviços Pessoais	Rua Joaquim Ferreira de Souza	SN	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Bela Vista	Itaporanga	PB	58280 000
E-mail:	E-mail: roteiro.assessoria@hotmail.com (83) 982616835 Tel.(DDD): 999421520		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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)

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 atende 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) 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 nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Itaporanga 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)

Suelio 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

0001/2018



PREFEITURA DE
ITAPORANGA
Cidade Intelectual

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR USB 06

HORA: 21:00

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data: <u>22-12-18</u>	ID: <u>74</u>	Paciente: <u>Francisco Rogyes Raduskes</u>	Idade: <u>33</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> FEM <input checked="" type="checkbox"/> MASC
Local da Ocorrência: <u>PR-361 (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"/> Icérico	<input type="checkbox"/> Sudoreico	<input type="checkbox"/> Pele Fria	<input type="checkbox"/> Pele Úmida	<input type="checkbox"/> Isocórica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Mórbica	<input type="checkbox"/> Dor
<input type="checkbox"/> Midriase	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hematômese	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> TRM	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> PCR

Tipo de ferimento e local: Contuso - parante em M1B

Queixas principais/Sinais e Sintomas:

Contusão contuso + fratura de fêmur em M1B

Transferência/Destino:

Local: Complexo Hospitalar Regional Patos Responsável: _____ Função: _____

Sinais Vitais:

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

P.A: 111/84 mmhg FC: 75 bpm FR: 16 irpm SpO₂: 98 % T: _____ Glicemia Capilar: _____ mg/dl Coma: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

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

Intervenções:

SSRV

Evolução de Enfermagem:

Consciente, orientado, satisfeito, vítima de acidente de moto realizado tratamento no HBJ e transferido durante o transporte para enfermaria, mantendo-se em M1B e sangramento leve mas com curativo compressivo feito no HBJ. Seu maior intencional

Identificação da Equipe:

Médico: _____

CRM: _____

Enfermeiro(a): Diego

COREN: 349253

Técnico de Enfermagem: Romildo

COREN: _____

Jurandy



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



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. 8

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



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. 9

- Informações -

SALETE VIANA DA SILVA BARROS RUA JOACIM VERGATO DE SOUSA, 519 / CASA - BELA VISTA ITAPORANGA / PB CEP: 56780-000 (AG: 154)		ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Cidade Residencial - Jd. Pessoal PB - CEP 58001-180 CNPJ: 09.995.182/0001-42 - Ins. BM: 09.015.02-3		
Emissão: 13/12/2018 Referência: Dez/2018 Classe: Subsídio RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B1/200, Km:25, Custo Revisor: Jd. Pessoal PB - CEP 58001-180 Rúbrica: F- 164 - 00 - 0200 N° medidor: 0030031287				
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acessar: www.energisa.com.br				
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI	
Dez / 2018	13/12/2018	15/01/2019	583.088.854-81	
UC (Unidade Consumidora): 5/28157-6				
Canal de contato:				
MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO! seu benefício foi cancelado porque sua fatura não atingiu os critérios no cadastro da Cepa. Para mais informações sobre o seu caso, ligue para o número 0800 707 2023 - Motiva Revista Cadastro. Período de apresentação da fatura: 2018 de 12 a 14 de dezembro de 2018. Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.				
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/11/18 Lerida: 131	Data: 13/12/18 Lerida: 281	Demônstrativo	110	22
0601 - Consumo em kWh	Quantidade: Tarifa: Valor Base Calc. Aq. Imsc(R) Base Calc. Ptar(R) Valor Pg. Tributo Total(RD) ICMS(RD) ICMS Ptar(Calculo(RD)) 1.040,00(14,00%)	110.000 0,854400 82,98 83,89 21 25,37 09,96 1,51 4,82		

11 MAR. 2019
PROTOCOLO





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUDÓCIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 58760-000 (AO: 194)

Endereço: 12/03/2018 Referência: Fev / 2018
Cidade/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Distrito Residencial João Prestes/PB - CEP 58071-480
Rotero: 7- 154 - 26- 3110 N° medidor: 00006887427

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CHPJ 09.025.183/0001-40 Ins. Est. 16 015.822-0

Nº da Fatura/ Conta de Energia Elétrica N°019.862.075
Cód. para Débito Automático: 000002222225

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	12/02/2018	13/03/2019	039.247.064-08 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Ao perceber faltas dos postes acessos durante o dia ou noite e/ou curta na noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/18	Lectura 3431	Data 13/02/18	Lectura 3505	1 73 28
Demonstrativo				
CCD Descrição	Quantidade Tarifa/	Vaz/ Base Calc.	Alq. Ione(R\$) Bens/Cls Ps(R\$)	Coleta(R\$)
	Tributos Total(R\$) ICMS/PS ICMS			
C/01 Consumo em kWh	73.000 0.823310	60,10 80,10 25 15,92 60,18 0,59	2,74	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUICAO ILUM PUBLICA	8,43	0,00 0 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 Ovidoria: 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 RESSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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 / 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 Euzebio 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>reitor.arenario@hotmail.com</u>		<u>1831987616835</u>	CEP:	<u>58280 000</u>

Local e Data: Daporanga 07/03/2019

Edilson 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 Nazaré, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Sebastião Pedro SN Bela Vista, Nazaré 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 Rodrigues, cujo o condutor era

o mesmo.

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

Placa: RPX 8493 PB Chassi: 9CJJC4110AR596320

Data do Acidente: 22/12/2018

Local e Data: Nazaré 17/01/2019

+JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO

Assinatura do Declarante

11 MAR 2019
PROTOCOLO

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

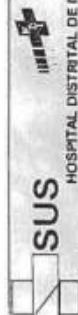


Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO.

ITABORACA/PB, 17 de Janeiro de 2019.
Em testemunha da verdade:
Maria Rodrigues Custódio (Escrevente)

Selo Digital - AIA32007-1YY9
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
IDIGO DA UNIDADE: NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA		CGC/CPF: 08.778.268.0018/09	
END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183 MUNICIPIO: ITAPORANGA		ESTADO: PARAÍBA UF: 25	
Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO		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	
Nome: FRANCISCO ROQUE RODRIGUES Raça/Cor: PRETA		PROCEDIMENTO - descrição:	
Dt Nasc: 25/05/1985 Idade: 33 anos(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade		Sexo: M	
Mãe: MARIA DE LOURDES ROQUE Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço: RUA CRIZANTO PEREIRA		Documento: 2547896 Nº: 0	
Bairro: BELA VISTA Município-UF - CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58700000 - 250700		CNS: 2069764140008 CADASTRO: 351443	
Telefone para contato (83) 9699-3702 Data e Hora da impressão da ficha: 22/12/2018 20:05:57		SSVV PA: TEMP: _____	
PESO: _____ ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)		MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> 2. APLICADA ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: 1. _____ 2. _____ 3. _____	
ASS. DO(S) PROFESSOR(ES) NUNCA SE FONTE(S): CARIMBO(S)		Médico José CRM-PB-1268 MÉDICO CRM CBO	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		OU POLEGAR DIREITO	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO	
RESULTADOS			

RECEPCIONISTA: HOI

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	22927	HORA	23:33	PRONTUÁRIO	13936
DATA	23/12/2018	OPERADOR	EALVES		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PÚBLICA				
MÉDICO	FELIPE TAVARES SENA				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTO				
PACIENTE	FRANCISCO ROQUE RODRIGUES	IDADE	33	SEXO	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.	063.682.134-88	REG. NAC.			
NASCIMENTO	25/05/1985	COR	BRANCO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO			

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

*Perceve-se extenso cr. foco de
fratur - e perde de sent*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO fratura luxação capsula pé D CID 592.9

DADOS DA SAÍDA

Data 24/12/18

Hora 18 H 00 Min

MOTIVO

- (Alta Curado (Alta Melhorado (Alta a Pediado
(Transferência (Evasão (Óbito

MÉDICO/CRM

*José H. Suelio Moreira Torres
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 144*



		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Pronto-Sala	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Fox Dogue Body</i>		Idade	Sexo	Cor
Data 23/12/18	Pressão Arterial Pulsos <i>120x80 / 100</i>	Respiração <i>90</i>	Temperatura <i>37</i>	Peso	Altura	
Type Sanguíneo	Hematídeo	Hemoglobina	Hematocrito	Glicemia	Urina	Outros
URINA VER PRONTUARIO						
Ap. Respiratório				Asteia	Bronquite	
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma <i>RCN</i>		
Ap. Digestivo	NDN		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental	CONSCIENTE		Ataraxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Eurt Expon L pt (P)</i>			Estado Físico	Risco	
Anestesia Anteriores						
Medicação Pré-Anestésica	MIDAZOLAM 5 mg		Aplicada I.V.	Efeito		
V V						
Agenitos Anestésicos	02	<i>Arteria</i>			INDUÇÃO	
		<i>(SF) (SF) (SF)</i>			Selar	Excit.
Líquido	280				Laringo Espasmo	Lenta
					Náuseas	Vômitos
O D I G O PV. ARTERIAL PULSOS - RESPIRAÇÃO V.Z - ANESTESIA - OPERAÇÃO	260				Outros	
		<i>Arteria</i>			MANUTENÇÃO	
			Cefazolina 2g Dexamet. 8mg			
			Efortil 10mg Tenoxicam 20mg			
			Dipirona 2g Ondasetrona 8mg			
			Anestesia Selst. Sim. Não Não, porque?			
			DESPERTAR			
			Reflexos da SO			
			Obstr.	CO ₂	Excit.	
			Náuseas	Vômitos		
			Outros			
			Com cânula			
			para o leito sim. não			
			CONDIÇÕES			
Simbólos e Anotações	SPO2 98%					
Posição						
Agente	NEOCAINA 0,5% <i>15</i> mg + DIMORF 80 mcg		Cânula			
Técnica	RAQUIANESTESIA: Puncão lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações					
Operação	<i>Frt pe (P)</i>					
Cirurgião	<i>Dr. Távio Leal</i>					
Anestesiista	DR. TÁVIO LEAL					
Observações						
Assinar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias						

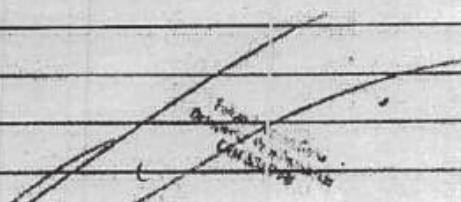
RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	Francisco Rague		Nº prontuário
Data da Cirurgia	25.12.18	Enf.	Leito
Cirurgião	Felipe Sen -		1º Auxiliar Sávio
Anestesista	Tânia		Tipo de Anestesia Rague
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura luxação exposta p/ D - hispíncio		
Tipo de Cirurgia	Tto. cir. frat-lux. exposta p/ D		
Diagnóstico Pós Operatório	Idem + lesões tendinosas + lesões de nervo		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato	Rx		
Acidente Durante a Cirurgia	No nervo		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

Abordagem DDA. Aveste. – Ampe - Campos desnidamente + limpeza cirúrgica.
Tto. cir. frat + luxação p/ os k.
Rx. b/ teci SS + Nervo.
Sutura por planos
Cerrado



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE 21	LEITO 337	CONVERSO P.T. Enf. Espnta	IDADE 33a	REGISTRO 13936	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA Anestesia		CIRURGÃO Dra. Felipe Sennar	ANESTESISTA Dra.	SÁVIO	
INSTRUMENTADORA	DATAS 23.12.2018	INICIO 00:26h	FINI 01:05h	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp 5101
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Cardíco-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		Eletrodos desa.
1	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilotesina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Eparadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Namid		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline 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
	Plasti		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raquo Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		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 Pco. Pequim 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 NUN Tempo de jejum 03h

ATO CIRÚRGICO

Data da cirurgia 23/12/18 Hora 00:16 h Cirurgia Realizada 27/12/18 Enf. Eduardo Ribeiro
anestesiado Dr. Távio Cirurgião Dr. Felippe Sennar

Auxiliar _____

Tipo de anestesia Ralgan

Antibiotico

Cefazolina 2g

SEGURANÇA E PROTEÇÃO

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

Exames alterados: Sim Não Especificar

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 36 °C

INTERCORRÊNCIA NO ATO ANESTÉSICO OU CIRÚRGICO? SIM NÃO

Especificar _____

FUSÃO/SOLUÇÕES

<input checked="" type="checkbox"/> 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

22.11.18

Joséval Dantas de Melo
Enfermeira
COREN-RN #...



CARATER DO ATENDIMENTO

- () 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LÓCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRABALTO 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

- INTERNAÇÃO ALTA A PEDIDO EVASÃO ÓBITO ALTA MÉDICA

MÉDICO/CRM

Evolução multirrojetorial

PARECERES

^{^TA} HORA
22
12
18
07/06/21
Infr. esportivo D cir. B
ligamento grave associado.
Ao Centro Cirurg.



FECHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 68.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERMELHO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
PACIENTE	FRANCISCO ROQUE RODRIGUES			
NO ME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	MARIA RODRIGUES ROQUE	FILIAÇÃO II		MARIANO ROQUE DA FONSECA
NASCIMENTO	25/05/1985	IDADE		33a 6m COR BRANCO GÊNERO M
PROFISSÃO				
ENDERECO	RUA JOAQUIM VIRIATO DE SOUSA	nºSN	BAIRRO	BELA VISTA
CIDADE	ITAPORANGA	U.F PB	CEP	58790000
TELEFONE	(83)9995-6624	CELULAR		
CNS	266976428140008	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			
"ARATER	02	- URGÊNCIA	OPERADOR	GKELLY
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	SAMU			
MÉDICO	FELIPE TAVARES SENA			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO = **PA =** **X =** **WIE =** **TEMP =**

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

~~Académico de matemática 1 (Geometria 26)~~
~~Alely Hernández Alvarado~~
~~Becaria en su primer año.~~

SOLICITAÇÃO DE PARECER

174 of 175

EXPERIMENTAL (DESCRIPTION)

MATERIAIS MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉTICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTABELECIMENTO PELO SISTEMA TNM

Sorandy Santos
C.R.



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 22/12/18 Hora 23h10 Gênero HC

Nome/Nome Social Tico Roque Rodrigues - 330

Origem* Meu bairro Regulado? Sim Não

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

Motivo do atendimento* fraca em MID, coluna moto x moto

Cliente Itaipava

Transporte SPM

Alergia? Não Sim _____

Uso de medicação? Não Sim _____

Doença prévia? Não Sim _____

Temp. 36,5 °C Pulso 88 bpm Resp 12 irpm SpO₂ 99 % PA 140x80 mmHg HGT — mg/dL

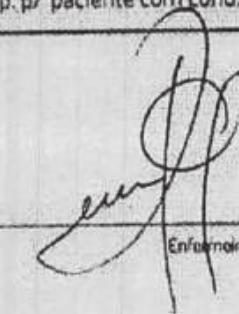
Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
											
Sem dor	Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa	Dor insuportável						

Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica Oft pedra

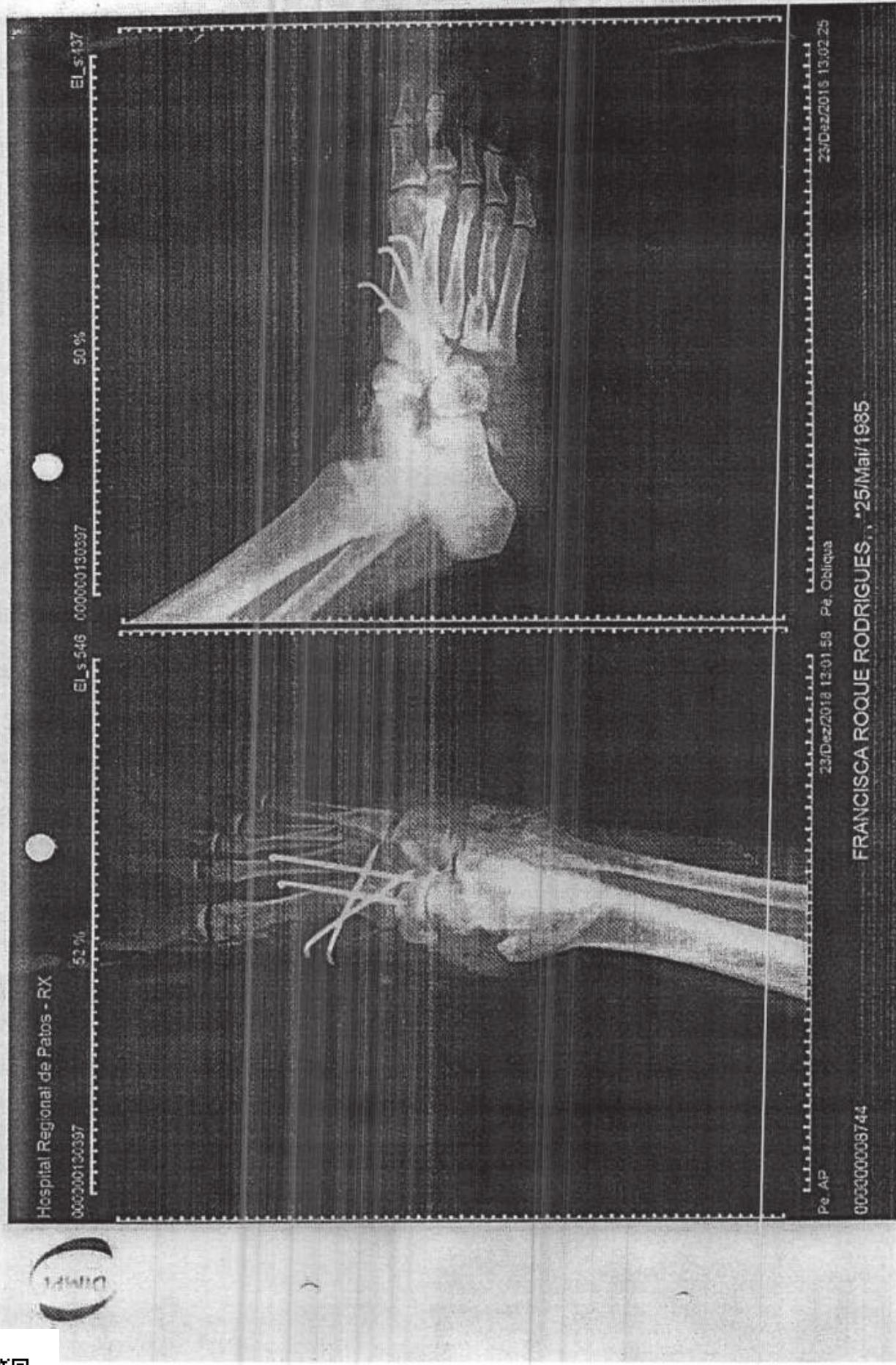
Acompanhante: S/ Acomp. (Setor Crítico) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher



Enfermeiro/Cuidador





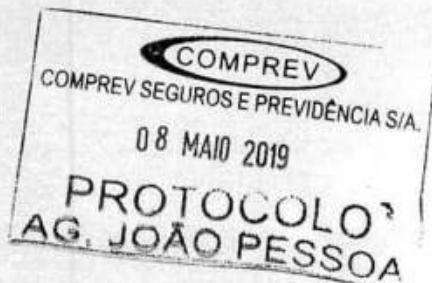
Relatório Médico

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





11 MAR 2019
PROTOCOLO



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. 25



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUDÍO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANDA / PB CEP: 58760-000 (AO: 194)
Endereço: 12/03/2018 Referência: Fev / 2018
Cidade/Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km 25 - Distrito Residencial João Pires/PB - CEP 58071-480
Rotero: 7- 154 - 26- 3110 N° medidor: 00006887427

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CHP/09/095-183/0001-40 Incr. Est. 16 015.822-0

Nº da Fatura/ Conta de Energia Elétrica N°019.862.075
Cód. para Débito Automático: 000002222225

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	12/02/2018	13/03/2019	039.247.064-09 Incr. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Ao perceber faltas dos postes acessos durante o dia ou suas estruturas à noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/01/18	Lectura 3431	Data 13/02/18	Lectura 3505	1 73 28
Demonstrativo				
CCD Descrição	Quantidade Tarifa/	Vaz/ Base Calc.	Alq. Ione(R\$) Bens/Cls Ps(R\$)	Coleta(R\$)
	Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Ps/Cofre(R\$) (2,90%) (4,95%)	
C/01 Consumo em kWh	73.000 0,823310	60,10 80,10 25 15,92 60,18 0,59	2,74	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907 CONTRIBUICAO ILUM PUBLICA	8,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00	0,00	

11 MAR 2019
PROTOCOLO



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. 26

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E DE VENCIMENTO DO PÊ-VEHÍCULO
 VA - COD. REWAY - N.º 013929557230
 1 0031149817-5 00/00000000 2018

NOME: JOSE ADOLFO DA FONSECA NETO

CPF/CNPJ	PLACA	DATA EMISSÃO
89361873475	NPX8493/PB	2018 19/03/2018
PLACA ANT/UF NOVO	9C2JC4110AR596320	PLACA
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	DATA EMISSÃO
PAS / MOTOCICLETA/ NAO APLIC	GRASOLINA	2018 19/03/2018
MARCA / MODELO	ANO MFG.	PLACA
HONDA / CG 125 FAN KS	2010	NPX8493 / PB
CAP / POT / CL	CATEGORIA	MARCA / MODELO
2 P/124 / CT	PARTIC	HONDA / CG 125 FAN KS
COTA ÚNICA	VENC. COTA UNICA	Nº CHASSI
P	0,00 / 0,0000	9C2JC4110AR596320
V	VENC. COTA UNICA	
FADA / PVA	PARCELAGEM / COTAS	
A	0	
PREMO TARIIFARIO (R\$)	PREMO TOTAL (R\$)	DATA DO PAGAMENTO
*****	*****	*****
SEGURD	PAGO	19/03/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
ITAPORANGA - PB	19/03/2018	
14304	40003	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OLHOU-SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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

EDICAO	DATA EMISSAO
1	89361873415
00311498175	00311498175
2010	2010
9	9

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEPARTAMENTO	VALOR DO PRÊMIO	VALOR DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
*****	*****	*****

SEGURADO

PLACA UNICK	PARCELA DO	DATA DE OUTORG
3	19/03/2018	19/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ	DATA DE OUTORG
4000337202538-20180319	19/03/2018

1 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 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





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



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. 29

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.



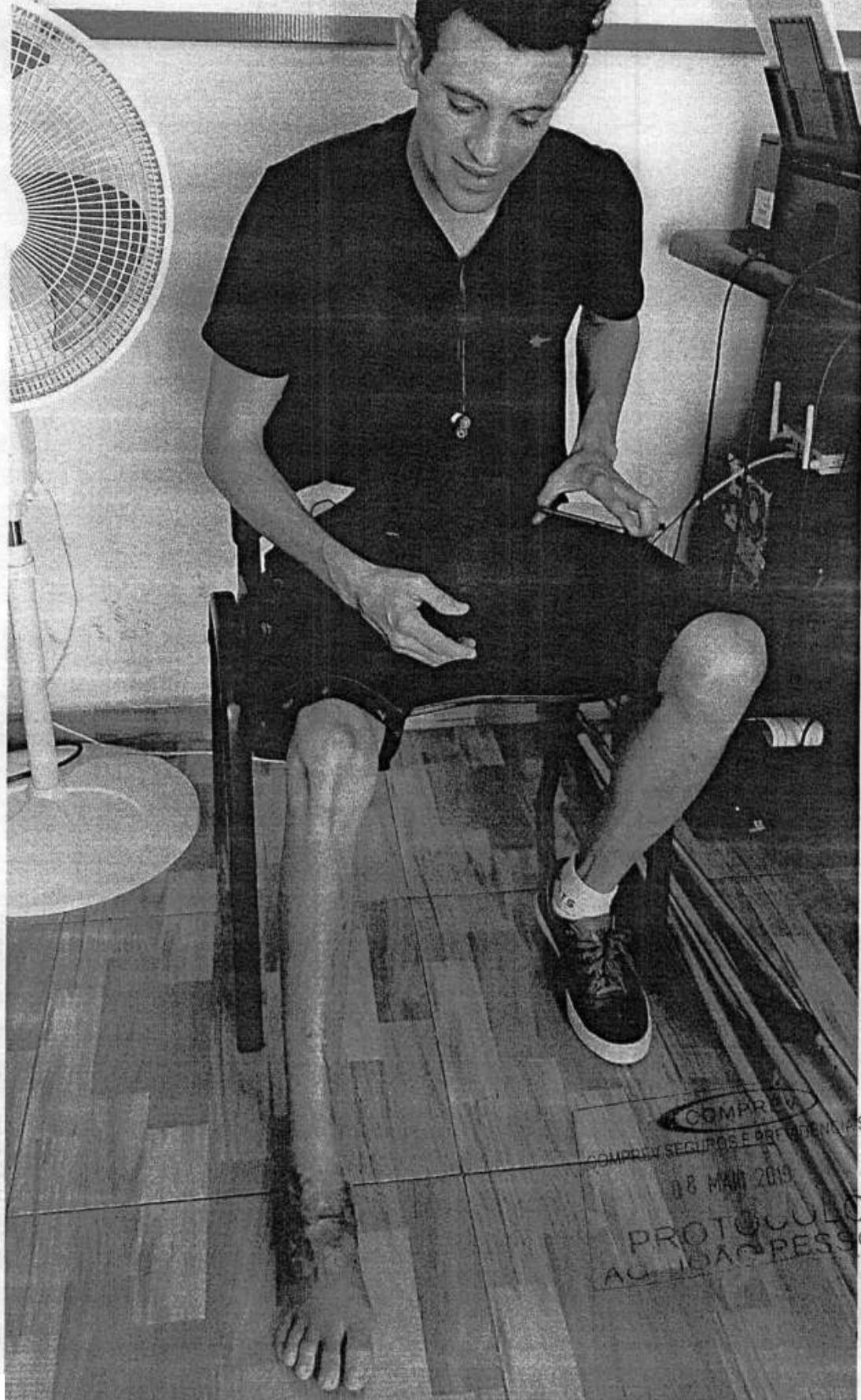
Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Perda completa de qualquer um dos dedos do pé.

R\$ 6.750 (50%)

Perda de um dos pés.



CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 08 de maio de 2019.

BENEFICIÁRIO: Francisco 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](mailto:sertao.assessoria@hotmail.com), atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Francisco 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.

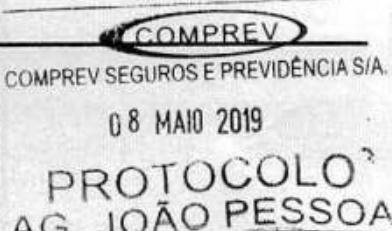
O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

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 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, 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.

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, 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.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do pé direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida: Não

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE 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 - OSTEOSSÍNTESE 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



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. 37

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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



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. 40



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.^a, 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 incidiu 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



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

Num. 36460960 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
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

Num. 36460960 - Pág. 2