
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167395

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167395

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000037813-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200167395

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 283,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Complemento por reanálise 3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (3% de 70%) 2,10%

Valor a indenizar: 2,10% x 13.500,00 = R\$ 283,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Valor: R\$ 283,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000037813-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033 187 834 80 4 - Nome completo da vítima: Fernando Luiz Pereira Rodrigues

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

5 - Nome completo: Fernando Luiz Pereira Rodrigues 6 - CPF: 033 187 834 80
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua, Projeto 12 9 - Número: 58 10 - Complemento: caso
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58.280.000
15 - E-mail: pedro.pereira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 999 471520 24

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3541 CONTA: 378 13 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 05/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL: Nº. 364 / 2 0 2 0.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA/HORA DO FATO: 26 / Janeiro / 2020 **MORAS:** 9h30

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: José Pereira de Souza

NOTIFICANTE/VÍTIMA:

FERNANDES JAIRO PEREIRA RODRIGUES, brasileiro, natural de Itaperanga-PB, Casado, Pedreiro, nascido no dia 05.06.76, filho de Francisco de Assis Rodrigues e Ana Maria Pereira Rodrigues, RG 1.909.192 / ssp3pb e CPF 033187834-80, residente na R. Projetada s/n centro de Itaporanga-PB.

Dados dos fatos:

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

Que no dia e horas acima citadas, se dirigia de Itaporanga para o Sítio Lagea do Mato, conduzindo o moto YAMAHA/YBR125 FACTOR E, cor vermelha, ano 2015/16, placa QFB2563/PB e chassi 906KE1930G0013898 em nome de DAMIANA PEREIRA RODRIGUES e e nas proximidades de sua casa um veículo que ia a sua frente freiou bruscamente, não dando para desviar, colidindo com a trazeira do mesmo, sendo socorrido por familiares para atendimento hospitalares nas cidades de Itaperanga e Patos/PB.

Itaperanga, PB, 12 de Março de 2020.

Notificante/Vítima: *Fernandes Jairo Pereira Rodrigues*

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA I MAT. 1
CHEFE DE CARTÓRIO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 033 187 834 80 4 - Nome completo da vítima: Fernando Jairo Pereira Rodrigues

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

5 - Nome completo: Fernando Jairo Pereira Rodrigues 6 - CPF: 033 187 834 80
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua, Projeto 12 9 - Número: 5N 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58.280.000
15 - E-mail: redos.mensura@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 999 471520 74

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3541 CONTA: 378 13 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itapiranga 05/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Nº 30.35 26/03/2020

Cigarrona 2g + 100 cc. água

Cigarrona 2g + 100 cc. (P)

Vitall 40 mg. + 100 cc. (P)

S.R.L. 500 cont. (P)

Aguardente Uva para o Catequeto

no serviço de Refeição.

Camila Moreira
Téc em Enfermagem
COREN-PB 925.442

Nº 20

Presente 1 remédio para a
criança VM do MD5 com a
empurra. Plano urgente.

my
Ana da Silva D. R. H. H. H.
Enfermeira
COREN-PB 501.502

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: 22/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 283,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000037813-0

Nr. da Autenticação 32791235517951BB

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: 15/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000037813-0

Nr. da Autenticação 97778622473E6E52

FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES
RUA PROJETADE, S/N - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 58700-000 (AQ: 154)

Ligação: MONOFÁSICO
Ch/Sbc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 11 - 154 - 40 - 1830 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00001213055 Emissão: 17/01/2020

ENERGISA
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08.095.102/0001-40 Insc Est: 16.035.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 037.834.80
Cód. para Dts. Automático: 000126143-9

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	17/01/2020	17/02/2020	033.187.834-80 Insc Est 5/1262143-9

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Aproveite o 12º e regularize suas contas em atraso, podemos negociar para você em parcelas e ainda com uma taxa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/12/19	18433	17/01/20	18625	1	202	30

Demonstrativo									
CCI - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Impostos (R\$)	Base Calc. (R\$)	Impostos (R\$)	Base Calc. (R\$)	Impostos (R\$)	Base Calc. (R\$)
0001 Consumo em kWh	202,000	0,009180	185,45	163,45	27	44,12	44,12	1,63	7,52
0001 Adc B Anuário			4,02	4,02	27	1,08	4,02	0,04	0,19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007 CONTRIBUIÇÃO ILUM PBLICA			18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 1/1/2019			2,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 MULTA 1/1/2019			3,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 1/1/2019			3,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 186,04 167,47 45,31 167,47 1,67 7,70

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
24/01/2020 **R\$ 195,04**

Histórico de Consumo (kWh)

91	158	146	147	184	173	190	196	172	169	212	196
Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19

RESERVADO AO FISCO

e24c.460a.48c1.6666.040e.7e88.d63e.7e50

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade			12/2019 - 12/2019	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DEC. MENSAL	0,27	0,00	NORMAL	220
DEC. TRIMESTRAL	12,54			
DEC. ANUAL	25,08	0,00	CONTRATADA	202
FC. MENSAL	0,40		LIMITES INFERIORES	221
FC. TRIMESTRAL	0,37			
FC. ANUAL	13,05	0,00		
DMC	3,71			
OCRI	12,22			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	43,29	22,19
Compra de Energia	58,07	29,78
Serviço de Transmissão	8,43	4,32
Encargos Setoriais	8,50	4,36
Impostos Diretos e Encargos	62,15	31,85
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,04	100,00

ATENÇÃO

PRESTADOR DE SERVIÇOS (PS) - Caso o cliente não tenha recebido a fatura de energia elétrica, deverá entrar em contato com o fornecedor para solicitar a emissão da mesma. A fatura de energia elétrica é emitida pelo PS e deve ser paga pelo consumidor. O pagamento deve ser feito até o dia 25 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la. A fatura de energia elétrica é emitida pelo PS e deve ser paga pelo consumidor. O pagamento deve ser feito até o dia 25 de cada mês, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. O consumidor deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal e não deve descartá-la.

Pagamentos em atraso

Dez/19 178,86

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009.02624.912008.11102.179170.8.81440000019504

PAGADOR: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES - CPF: 033.187.834-80
RUA PROJETADE, S/N - CENTRO - ITAPORANGA/PB CEP: 58700-000

Nosso Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011102179	001262143202001	24/01/2020	R\$ 195,04	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.095.102/0001-40
Br 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE VOTO

PE

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

ODNTE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
000000

CAT. HAB.
3.5

1º REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Assinatura do Emissor

33584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUNÍDIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PE CEP: 5670000 (AG: 154)

Ligação MONOFÁSICO
Clt/Sec. RES.MTC. B1/RESENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 7 - 154 - 25 - 3110
Medidor 00000067477
Faturização Fev/2020
Emissor 11/02/2020

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 341, Km 25 - Costa Redonda - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.112/0001-41 - Ins. Est 16.016.823-0

Rota Fica: C/C de Energia Elétrica Nº 000 714 829
Cód. para Dêb. Automático: 0000028225

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Conheça a nova maneira de atender virtual do WhatsApp?
Ela pode te ajudar com informações sobre o seu débito,
enviar a seguinte mensagem para o número de energia e evitar o envio
de Recibo. Saiba mais no número
nos canais sempre que precisar: (03) 88135-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4836	1	86	28
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa Cl.	Valor Base Calc.	Alq. Icos (R\$)	Valor Calc. Pto (R\$)
				Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo em kWh	85,000	0,702150	59,68	59,68	25
0001	Adic. B. Amarela	1,00	1,00	25	0,25	1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTABILIZAÇÃO PÚBLICA	9,00	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 01/2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00
0906	MULTA 01/2020	0,90	0,00	0	0,00	0,00

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Adilson Rodrigues do Santos

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

Fernando Yairo Pereira Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 033 182 834 / 1 80

do sinistro de DPVAT cobertura emolvido da Vítima Fernando Yairo Pereira Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 033 182 834 / 1 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Lúcio Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Coro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Itapiranga</u>	Estado: <u>SC</u>
E-mail: <u>netos.menezes@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280000</u>	Tel.(DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Itapiranga 05/05/2020

Adilson Rodrigues do Santos

Assinatura do Declarante



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HOI

PARA: Complexo Regional Hospitalar de Patos

ENCAMINHADO: Fernando Gaião P. Rodrigues IDADE: 43 SEXO: Masc

RESIDENTE: R: Cruzamento Pereira / Bela Vista

MUNICÍPIO: Itaporanga UF: PB

PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente vítima de acidente motociclístico,
ferido na cabeça, apresentando ferimento con-
centrado no dorso do joelho direito, com exp-
osão óssea. Ferimento Cefalocrânio 3,6

Médico Solicitante: Dr. Leo. Amy
Médico Recebedor: Dr. Marcelo

26 / 01 / 20

HORA: _____

Dr. Leo. Amy David

CRM: 10.000.000



FICHA DE INTERNAÇÃO

AM 051

INTERNAÇÃO	91149	PRONTUÁRIO	45698
DATA	26/01/2020	HORA	13:24
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
MÉDICO	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES		IDADE 43a 7m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES		
FILIAÇÃO II	FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES		
CIDADE	ITAPORANGA	PB	58780000
ENDEREÇO	RUA ANTONIO BRASILINO DE SOUSA S/N		
BAIRRO	BELA VISTA		
NATURALIDADE	ITAPORANGA		
TELEFONE	CELULAR 83996483389		
C.N.S.	700105903557019	IDENTIDADE	1909192
C.P.F.	033.187.834-80	REG. NAC.	
NASCIMENTO	05/06/1976	COR	PARDO
EST.CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	PEDREIRO

RESPONSÁVEL FERNANDES JARIO PEREIRA R Ass. Resp./Paciente Francisco de Assis Rodrigues

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

paciente com trauma em membro superior direito

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

paciente com trauma em membro superior direito

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura exposta de 1ª falange (metáfala)
do 2º dedo da mão direita

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 26/01/20

Hora 7 H 00 Min

MOTIVO

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

MÉDICO/CRM

João H. Suassuna Laureado
em Medicina e Traumatologia
CRM 10.177

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, 5/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	AMARELO		
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPOR		
PACIENTE	FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES	FILIAÇÃO II	FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES
NASCIMENTO	05/06/1976	IDADE	43a 7m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	PEDREIRO		
ENDEREÇO	RUA ANTONIO BRASILINO DE SOUSA	nºS/N	BAIRRO BELA VISTA
CIDADE	ITAPORANGA	U.F. PB	CEP 58780000
TELEFONE			CELULAR 83996483389
CNS	700105903557019	R.G. 1909192	CPF REG. NASC.
ESTADO CIVIL	CASADO		
F.A.A	91144	PRONTUÁRIO	45698
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
DATA	26/01/2020 Horário: 12:50		
CARATER	05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR	OPERADOR	TMEDEIROS
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA		
PRESTADOR	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Marcelo Nunes Alves de Sousa*

PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Transtorno - fratura no pé direito da Motob (Moto pousada) após "re" de outro com

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

fratura no pé direito

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min.

DIAGNÓSTICO

Fratura exposta no pé direito (fratura)

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*- do outro curso
- gel. tri e y e oxasa
- SAT 500 - 2000 - 5000 - 10000*

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

- SAT 500 - 2000 - 5000 - 10000

MÉDICO/CRM/CNS

CBO



EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TNA

2301010078

PACIENTE: <u>Fernandes Jairo Pereira Rodrigues</u>				 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE SAÚDE DA PARAÍBA
QT.: _____	LEITO: _____	CONVENIO: <u>505</u>	IDADE: <u>43 a</u>	
CIRURGIA: <u>At Cir. Ext. Epit. p/ (E) Dr. Marcelo Alves</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Alves</u>		
ANESTESIA: <u>Raqui</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Reme</u>		
INSTRUMENTADORA: _____		DATA: <u>26.05.2020</u>	INICIO: <u>15:00</u>	FIM: _____

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	SCA <u>5 F0187</u>
	TX. Bomba de Infusão	17	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Esparadrapo
	Etodimide	✓	Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		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 19 g		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 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque 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		

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: _____ Enfermaria: _____

Leito: _____ N° Prontuário: _____ Data: 26.01.20

Nome: Leandro Jaime de Almeida

Sexo: ☐ Feminino ☒ Masculino Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ Cor: _____

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial Pulso: _____ Respiração: _____

Temperatura: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematócrito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

Urina: _____

Aparelho Respiratório: _____ Asma: _____ Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: _____ Eletrocardiograma: _____

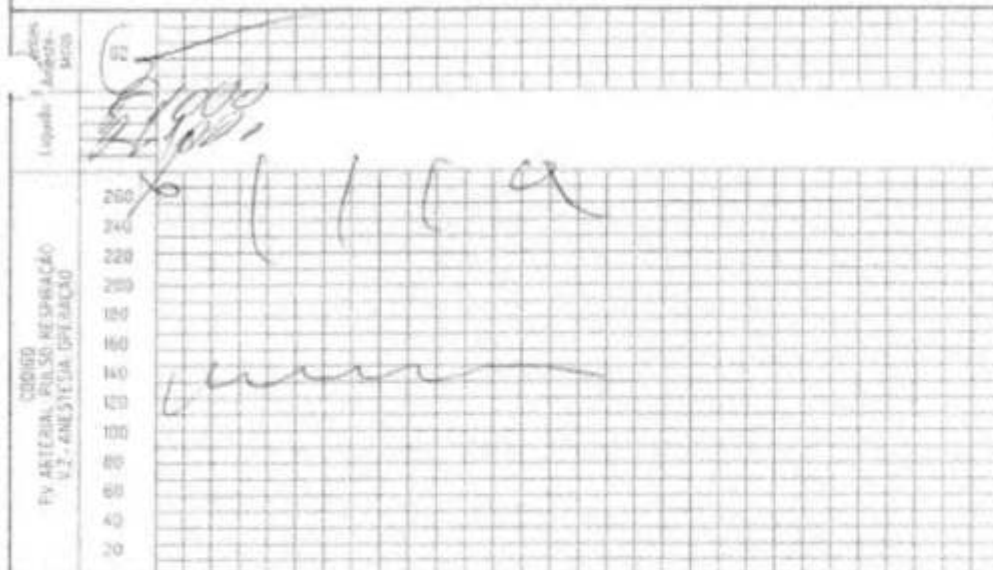
Aparelho Digestivo: _____ Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: _____ Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: em exposição Estado Físico: B Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf ☒ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim ☒ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR
Reflexos na SO ☒ _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula para o leito sim ☒ não ☒

Posição: Supino

Agentes: Alfentanil + Propofol Cânula: 3.0

Técnica: Intubação Operação: Artroscopia

Cirurgiões: Dr. Marcelo Alves Anestesistas: Dr. João Carlos

Observações: _____

Nome do Paciente: Ferreira João Pereira Rodrigues		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: 26/03/20	Enf.:	Leito:
Cirurgião: Dr. Marcelo Alves	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: - Fratura de clavícula pi' (E) - Lesão de tendão lateral do dedo 2 pi' (E)		
Tipo de Cirurgia: Fixação percutânea de 2 fios de Kirsch + Anestesia - Curioso Curioso		
Diagnóstico Pós- Operatório: o mesmo		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia: OBSERVAÇÃO: Paciente em posição de Substância dorsal e tendão de pi' (E) e com impossibilidade de tendão em virtude da posição		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Dr. Marcelo Alves Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-PB 7267 CREMOPB 14836

26/03/20

RELATÓRIO DE CIRURGIA

000000653001

65 %

EI_s: 2065



Pe AP

28/Jan/2020 9 13 10

000000653001

65 %

EI_s: 1230



Pe Obliqua

28/Jan/2020 9 14 04



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 91149

DATA 26/01/2020

HORA 13:24

MÉDICO

MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA

PRONTUÁRIO 45698

OPERADOR TMEDEIROS

PACIENTE

FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

IDADE 43a 7m

RESUMO CLÍNICO:

Quis a foto

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Fratura exposta R(☉) + Lesão tendão

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Reparo de lesão tendão R(☉)
fixação com fios e agulhas

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Paciente evoluiu bem no pós-operatório

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Deixar todo o curativo

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO

() Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 23 DE 01 DE 2020

HORA DA ALTA MÉDICA: 7h00

JOÃO H. S. LAURINO
COORDENADOR DE ATENDIMENTO
ORÇAMENTO E FINANÇAS

Relatório Médico

Fernandes Jairo Pereira Rodrigues

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 26/01/2020, Teve como lesão fratura exposta de pé esquerdo. Realizou procedimento de limpeza e desbridamento, com redução da fratura e colocação de fios de Kirschner. Realizou 10 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas dor crônica, parestesia e edema de membro inferior esquerdo. Não consegue usar calçados fechados. Marcha claudicante. Alta médica a partir de hoje.

11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

7.10

FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL 1909192 DATA DE EXPEDIÇÃO 23 JUL 1993

NOME FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Francisco de Assis Rodrigues
Ana Maria Pereira Rodrigues

Itaporanga-PB 05.06.1976

NACIONALIDADE Cert. Nasc. 2.506, Fls. 172, Liv. A-2

DOC. IDENT. Cert. Diamante-PB

CPF 123456789

LEI Nº 7.116 DE 29/08/53

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Nº de Inscrição 033187834-80

Data do Nascimento 05/06/76



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR DO VOTO

PE

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

ODNTE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HAB.
3.5

1º REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/08/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Assinatura do Emissor

33584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EUNÍDIO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 5670000 (AG: 154)

Ligação MONOFÁSICO
Clt/Sec. RES MTC B1/RESENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 7 - 154 - 25 - 3110
Medidor 00000000477
Faturização Fev/2020
Emissor 11/02/2020

energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 341, Km 25 - Costa Redonda - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.096.112/0001-41 - Ins. Est 16.016.823-0

Rota Fica/Código de Energia Elétrica NÚM: 714.629
Cód. para Dêb. Automático: 0000028225

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	11/02/2020	12/03/2020	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Conheça a nova maneira de atendimento virtual do WhatsApp! Ela pode te ajudar com informações sobre o seu débito, enviar a seguinte para o canal de energia e até fazer pedido de Relação. Saiba mais no número e nos chatbots sempre que precisar. (03) 89135-5540

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/01/20	4750	11/02/20	4836	1	86	28
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa Cl.	Valor Base Calc.	Alq. Icos (R\$)	Valor Calc. Pto (R\$)
				Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo em kWh	85,000	0,702150	59,69	59,69	25
0001	Adic. B. Amarela	1,00	1,00	25	0,25	1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTABILIZAÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 01/2020	0,15	0,00	0	0,00	0,00
0906	MULTA 01/2020	0,90	0,00	0	0,00	0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5/6/7/8
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: JÁ INDENIZADA EM 10% DO PÉ. COMPLEMENTO CONFORME LAUDO.

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 - 3 %	2,1%	R\$ 283,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			2,1 %	R\$ 283,50

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200167395 Data da solicitação: 11/06/2020
Nome do beneficiário: Fernandes Maria Pereira Rodrigues CPF do beneficiário: 03318783180
Nome do solicitante: _____ CPF do solicitante: 03924706409

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 999479520 Tel. Comercial: () _____ Tel. Residencial: () _____
E-mail: sertao.pereira@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA ☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: _____

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Waperanga 11/06/2020
Local e Data

Edilson Rodrigues dos Santos
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5/6/7/8
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5/6/7/8
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: JÁ INDENIZADA EM 10% DO PÉ. COMPLEMENTO CONFORME LAUDO.

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 - 3 %	2,1%	R\$ 283,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			2,1 %	R\$ 283,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200167395 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ ESQUERDO COM FRATURA DO CUNEIFORME MÉDIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER).
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

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

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Fernando Jairo Pereira Rodrigues, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Proprietária, nº 516, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58.780.000, portador(a) do Rg nº 1909.192, I..... e CPF nº 033.187.834.80

Outorgado: Helton Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Carvalho Figueiredo, nº 22, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58.780.000, portador (a) do RG nº 5652167, I..... e CPF nº 039.242.669.09

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fernando Jairo Pereira Rodrigues ocorrido em 26.1.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez I.....

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAPORANGA 11 de fevereiro de 2020

X Fernando Jairo Pereira Rodrigues
Outorgante

CPF Nº 033.187.834.80

Obs: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECONHECIMENTO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES, Itaporanga/PB, 11 de fevereiro de 2020.
Escrevente: Maria Rodrigues Custódio Rodrigues
Selo Digital: AJU43635-BYS6
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol. R\$ 9,82 FEPJ R\$ 2,45 FARPEN R\$ 0,30



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130537/20

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

CPF: 033.187.834-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: FERNANDES JARIO
PEREIRA RODRIGUES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES : 033.187.834-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/05/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130537/20

Número do Sinistro: 3200167395

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

CPF: 033.187.834-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: FERNANDES JARIO
PEREIRA RODRIGUES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/06/2020
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF: 039.247.064-09

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA