



Número: **0802958-80.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/10/2020**

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	
FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38689412	25/01/2021 11:02	2779557_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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

Carta nº 15754762

Pag. 00881/00882 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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





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, 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: Fernandes 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: Fernandes Jairo Pereira Rodrigues 6 - CPF: 033 187 834 80
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua, Projeto 2 9 - Número: 58 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: PR 14 - CEP: 53.280.000
15 - E-mail: marcos.moreira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 999991520 17 - Tel.: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3571 CONTA: 37813 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (vai 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 cliente, 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 Trânsito

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 Itaperanga-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 9C6KE193OG0013898 em nome de DAMIANA PEREIRA RODRIGUES e nas proximidades de sua casa um veículo que ia a sua frente freiou bruscamente, não dando para desviar, colidindo com a traseira 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:

Escrivão Plantonista:

Fco. Silva Rodrigues
ESC. POLÍCIA / MAT. 100
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: Fernandes 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: Fernandes Jairo Pereira Rodrigues 6 - CPF: 033 187 834 80
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua, Projeto 12 9 - Número: 5X 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itapiranga 13 - Estado: PR 14 - CEP: 53.780.000
15 - E-mail: meio.ressouza@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 999991520 17 - Tel.: 746

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3571 CONTA: 378 13 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (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)





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0018/09
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183
MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25
Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO
Nome: FERNANDO JAIRO PEREIRA RODRIGUES
Raça/Cor: PARDA
Dt. Nasc: 05/06/1976 Idade: 43 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M
Mãe: ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES
Profissão: AGRICULTOR(A) Documento: Nº: 0
Endereço: RUA CRIZANTO PEREIRA
Bairro: BELA VISTA
Município-UF - CEP: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700
Telefone para contato (83) 0000-0000 CNS: 898001228854590
Data e Hora da impressão da ficha: 26/01/2020 09:55:17
SSVV

PESO: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
TEMP.:
Paciente em fase de avaliação no pronto-socorro, com dor no abdômen, com febre, com diarreia.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HIDI

1. Exames de laboratório e outros
2. Exames de laboratório e outros
3.
4.
01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA Hora de atendimento do paciente pelo médico: _____
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

MEDICAÇÃO: ENCAMINHAMENTO:
1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1- _____
2- _____
3- _____

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

MÉDICO - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

Nº 30.35 26/01/2020

Clozapina 2g + 100 cc; idig

Clozapina 2g + 100 cc

Volatil 40 mg. + 100 cc

S.A.L 500 cmc

Aguardante Verde para o Clotape

nos pontos de referência.

Vanila Moreira
Téc em Enfermagem
COREN-PB 925.442

Nº 20

Presente 1° reunião para a
criar na UTR do MDE com a
enfermeira Placido Cruzante.

Vanila Moreira
Téc em Enfermagem
COREN-PB 925.442



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 PROJETA DA S/N - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 58700000 (AQ: 154)

Ligação MONOFÁSICO
Cheque RES.MTC B1 / RESIDENCIAL
Roteiro 11 - 154 - 40 - 1830 Referência Jan/2020
Medidor 00000213055 Emissão 17/01/2020

ENERGISA
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Cristóvão Redentor - João Pessoa/PB - CEP 56071-080
CNPJ 09.095.102/0001-40 - Ins. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº027.876.312
Cid. para Deb. Automático: 00012621439

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1262143-9

Canal de contato

Apropre a 1ª e regularize suas contas em atraso, podemos negociar para você e reabrir a fatura em uma local

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data 19/12/19 Letura 18433 Data 17/01/20 Letura 18835 1 202 30

Demonstrativo

Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Imp. (R\$)	Base Calc.	Imp. (R\$)	Imp. (R\$)	Imp. (R\$)
0001	Consumo em kWh	202,000	0,009160	185,45	185,45	27	44,12	44,12	1,83
0001	Adc. B Anual	4,02	4,02	27	1,08	4,02	0,04	0,18	0,18
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 11/2019	2,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 11/2019	3,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019	3,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação da Bateria TOTAL 185,04 187,47 45,21 187,47 1,87 7,70

VENCIMENTO 24/01/2020 TOTAL A PAGAR R\$ 195,04

Histórico de Consumo (kWh)

91 158 146 147 180 173 190 186 172 188 212 188

Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC. MENSAL 8,27	0,00	NORMAL 220
DIC. TRIMESTRAL 12,54	0,00	CONTRATADA 202
DIC. ANUAL 25,08	0,00	UNITE INFERIOR 231
FIX. MENSAL 6,40		
FIX. TRIMESTRAL 9,57		
FIX. ANUAL 13,95		
DIC. 3,71		
DIC. 12,22		

ATENÇÃO

PARA O DEB. AUTOMÁTICO: Caso a fatura não seja paga até o vencimento, a fatura será enviada para o Banco do Brasil para cobrança em nome do Fisco.

PARA O DEB. AUTOMÁTICO: Caso a fatura não seja paga até o vencimento, a fatura será enviada para o Banco do Brasil para cobrança em nome do Fisco.

PARA O DEB. AUTOMÁTICO: Caso a fatura não seja paga até o vencimento, a fatura será enviada para o Banco do Brasil para cobrança em nome do Fisco.

BANCO DO BRASIL

00190.00009.02624.912008.11102.179170.8.81440000019504

PAGADOR FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES - CPF 033.187.834-80

RUA PROJETA DA S/N - CENTRO - ITAPORANGA/PB CEP: 58700000

Beneficiário: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ 09.095.102/0001-40

Agência / Código do Beneficiário: 3064-32447-3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:02:12

Num. 38689412 - Pág. 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
5652161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
00000000000000000000

ACC
00000000000000000000

CAT. HAB
3.3

Vº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
28/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

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

Ligação MORFASCO
Cidade RESMATIC B1/RESERVA - AG-RODOLFO
Ribeiro 7 154-25-3110 Referência Fev/2020
Medidor 00000067477 Entressa 11/02/2020

energisa
ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 240 Km 25 - Centro Rodovia João Pessoa/PE - CEP 56071-680
(ANEXO 1000-1) (0001-40) Insc. Est 10.016.023-0
Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica MDE 714.620
Cód. para Dth. Automático: 0000282020

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: 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
Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato

Confira a fatura, consulte o endereço virtual do WhatsApp? Ele pode te ajudar com informações sobre débito, enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido de Fatura Zero. Saiba mais no número e nos canais sempre que precisar. (03) 99135-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
13/01/20	4750	11/02/20	4836	
			1	85

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Taxa (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$)	Imposto (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$)	Imposto (R\$)	Valor Base (R\$)	Alq. (R\$)	Imposto (R\$)
0001	Consumo em kWh	85,00	0,702150	59,69	66,48	25	10,82	66,48	0,82	2,68		
0001	Adc. El. Anual	1,00	1,00	25	0,25	1,00	0,01	0,04				
0007	CONTAS DE AGÜA E SERVIÇOS											
0004	JUROS DE MORA (12/2020)			0,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	MULTA (12/2020)			0,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Fernando Luiz Pereira Rodrigues

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 033 182 834 / 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 Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Coro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tapoanga</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail: <u>neves.moreira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58280000</u>	Tel. (DDD): <u>999471520</u>

Local e Data: Tapoanga 05/05/2020

Suelio Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:02:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511021224500000036888192>
Número do documento: 21012511021224500000036888192

Num. 38689412 - Pág. 13



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

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: HOI
PARA: Complexo Regional Hospitalar de Pató
ENCAMINHADO POR: Fernando Gaião P. Rodrigues IDADE: 43 SEXO: Masc
RESIDENTE: R. Cruzanto Pereira / Bela Vista
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: PB
PA: _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente vítima de acidente motorciclístico,
ferido na cabeça, apresentando ferimento es-
cratiforme no dorso do pé (E) externo, com expor-
ção óssea. Ferimento Cefalocrânio 7,6

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

26 / 01 / 20

HORA: _____

Dr. Leo. Amy David
Médico
CRM 10.000.000



AM 05

MÉDICO/CRM

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268.0023/76

CNES NOME ENDEREÇO CIDADE	2605473 HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO RUA HORÁCIO NOBREGA, 5/N PATOS UF PB
CLASSIF. RISCO ORIGEM PACIENTE NOME SOCIAL FILIAÇÃO I NASCIMENTO PROFISSÃO ENDEREÇO CIDADE TELEFONE CNS ESTADO CIVIL	AMARELO ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES 05/06/1976 PEDREIRO RUA ANTONIO BRASILINO DE SOUSA nº5/N ITAPORANGA U.F PB 700105903557019 R.G 1909192 CPF CASADO
F.A.A MOTIVO DATA CARATER PROCEDIMENTO CONVÊNIO TRANSPORTE PRESTADOR	91144 ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA 26/01/2020 Horário: 12:50 05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO SUS AMBULATORIO AMBULANCIA BRANCA MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	PRONTUÁRIO 45698 OPERADOR TMEDEIROS TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
PESO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	
Fratura - fratura (E) nos quadris e Molo (Molo ponde) após "re" de outro com	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) H fratura (E) do Molo	
SOLICITAÇÃO DE PARECER H min	
DIAGNÓSTICO Fratura exposta fratura (E) (Ligamento) CTD	
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)	
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS - do outro com - gel hui 2 y e oxosa - SAT 500 200 100 50 25 12,5 6,25 3,125 1,5625 0,78125 0,390625 0,1953125 0,09765625 0,048828125 0,0244140625 0,01220703125 0,006103515625 0,0030517578125 0,00152587890625 0,000762939453125 0,0003814697265625 0,00019073486328125 0,000095367431640625 0,0000476837158203125 0,00002384185791015625 0,000011920928955078125 0,0000059604644775390625 0,00000298023223876953125 0,000001490116119384765625 0,0000007450580596923828125 0,00000037252902984619140625 0,000000186264514923095703125 0,0000000931322574615478515625 0,00000004656612873077392578125 0,000000023283064365386962890625 0,0000000116415321826934814453125 0,00000000582076609134674072265625 0,000000002910383045673370361328125 0,0000000014551915228366851806640625 0,00000000072759576141834259033203125 0,000000000363797880709171295166015625 0,0000000001818989403545856475830078125 0,00000000009094947017729282379150390625 0,000000000045474735088646411895751953125 0,0000000000227373675443232059478759765625 0,00000000001136868377216160297393798828125 0,000000000005684341886080801486968994140625 0,000000000002842170943040400743484497072265625 0,0000000000014210854715202003717422485361328125 0,00000000000071054273576010018587112426806640625 0,000000000000355271367880050092935562134403203125 0,0000000000001776356839400250464677810672015625 0,00000000000008881784197001252323389053360078125 0,000000000000044408920985006261616945266800390625 0,0000000000000222044604925031308084726334001953125 0,00000000000001110223024625156540423631670009765625 0,0000000000000055511151231257827021181658350048828125 0,00000000000000277555756156289135105908291750244140625 0,0000000000000013877787807814456755295414587501220703125 0,00000000000000069388939039072283776477072937500610390625 0,00000000000000034694469519536141888238536468750030551953125 0,0000000000000001734723475976807094411926823437500152759765625 0,000000000000000086736173798840354720596341171875000763798828125 0,00000000000000004336808689942017736029817058593750003818994140625 0,000000000000000021684043449710088680149085292968750001909497072265625 0,00000000000000001084202172485504434007454264648437500009547485361328125 0,0000000000000000054210108624275221700372713232421875000047737426806640625 0,00000000000000000271050543121376108500186066116121093750000238687134033203125 0,00000000000000000135525271560688054250009303305806054687500001193435670166015625 0,00000000000000000067762635780344027125000465165290302734375000005967178350830078125 0,00000000000000000033881317890172013562500023258264515136718750000029835891754150390625 0,0000000000000000001694065894508600678125000116291322575683593750000149179458770751953125 0,00000000000000000008470329472543003390625000581456612884179687500000745897293853798828125 0,00000000000000000004235164736271501695312500029072830644208984375000003729486469268994140625 0,0000000000000000000211758236813575084765625000145364153221044946875000001864743234634497072265625 0,000000000000000000010587911840678754238281250000726820766102224734375000000932371617317223869628125 0,00000000000000000000529395592033937711914062500003634103830511223671875000000466185808658611926806640625 0,00000000000000000000264697796016968855957231250000181705191525561136859375000000233092904329305968750000011654645217430798828125 0,000000000000000000001323488980084844277978656250000090852595762780568296875000	



PACIENTE: <u>Fernandes Jairo Pereira Rodrigues</u>		COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE SAÚDE DEBEN	
QT: <u>1</u>	LEITO: <u>505</u>	IDADE: <u>43 a</u>	REGISTRO: <u>45698</u>
CIRURGIA: <u>Sto Cir. Funt. Exat. p/ (E) Dr. Marcelo Alves</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Renê</u>	
ANESTESIA: <u>Raqui</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Renê</u>	
INSTRUMENTADORA: <u>[assinatura]</u>	DATA: <u>26.01.2020</u>	INÍCIO: <u>15:00</u>	FIM: <u></u>

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Ser <u>SFO, 9%</u>
	TX. Bomba de Infusão	17	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	N	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelcin		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%	X	Esparadrapo
	Etodimidate	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPI Tintura
1	Dimorf	N	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
1	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
	Abbotate 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 Jairo Vieira Polyz
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: Art. exposto Estado Físico: C Risco: _____
Anestesia Anteriores: _____
Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Indução	Manutenção	Despertar
Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. _____ Tosse _____	Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____	Reflexos na S0 <input checked="" type="checkbox"/> Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____	Não, porque? _____	Náuseas _____ Vômitos _____
Náuseas _____ Vômitos _____		Outros _____
Outros _____		Com cânula para o leito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>

Posição: Supino
Agentes: Alc 2 + Propofol
Técnica: Manual HVS
Cânula: 3240
Cirurgiões: Manoel HVS
Anestesistas: Murilo
Observações: _____



Nome do Paciente: <i>Fernando João Pereira Rodrigues</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>26/03/20</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>Dr. Marcelo Alves</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>- Fratura de Ulna e rádio do lado direito (E) - Lesão de tendão extensor do dedo 4º (E)</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fixação percutânea de 2 pinos de Kirschner + Análise de - Círculo de</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>o mesmo</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia: <i>Observação: Paciente em posição de Substância dorsal e tendão do 4º (E) e um 1º movimento de de tendão do lado direito da perna</i>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

<p><i>M - em 2013 e sob anestesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Análise + colocação de corpos arg - Análise + Círculo de Kirschner - Análise com 2 pinos de Kirschner - Fixação percutânea de 2 pinos de Kirschner - Análise de - Círculo de - Análise de - Círculo de 	<p><i>Dr. Marcelo Alves</i> Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trabalho CRM-PB 7307 CENEPRE - 19336</p>
---	--

RELATÓRIO DE CIRURGIA



FERNANDES JARIO PEREIRA, 5/Jun/1976

000000036811

28/Jun/2020 9 14 04

Pé: Obliqua



EL 5-1230

65 %

000000653001

28/Jun/2020 9 13 10

Pé: AP



EL 5-2065

65 %

000000653001

Hospital Regional de Patos - RX



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:

Quem ao longo

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Fator exposto R(+) + Lesão cutânea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento f. Lesão com R(+) +
f. Lesão com R(+) +

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Por 24h 512m com no man

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Quem todo ao longo

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:

JOÃO H. SUASSUNA LAURICINO
ORÇAMENTO E ECONOMIA
7417



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 Kirchner. 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

P.10

L. FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES
ASSINATURA DO TITULAR

CARTELA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1909192 DATA DE EXPEDIÇÃO 23 JUL 1983

NOME FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Francisco de Assis Rodrigues
Ana Maria Pereira Rodrigues

Itaporanga-PB 05.06.1976

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. 2.506, Fls. 172, Liv. A-2

Cart. Diamante-PB

CPF

JARIO PEREIRA - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

Nº de Inscrição 033187834-80 Data de Nascimento 05/06/76





CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO PR 2020100000230-4 EXERCÍCIO 2020			
PLACA 97790435434 NOVO		PLACA QFB2563/PB DIÁZ	
CPF / CNPJ 9C6KE1930G0013898 ESP/VEIC/PRO		CONTRIBUTIVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO YAMAHA / YBR125 FACTOR E CAR / MOT / CIL 2 P / 124 / cil		ANO FAB 2015 ANO MOD 2016	
COTA ÚNICA 00/00/0000 VENO / COTAS 1 ^ª		VENO / COTAS 2 ^ª	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 ICF (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 14/01/2020		CONDIÇÃO SEGURO PA G O	
A. F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
ITAPORANGA - PB LOCAL		DATA 20/01/2020	
31623 CPF		40053 CPF	

PB Nº 015099989598		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			
PLACA 97790435434 NOVO		PLACA QFB2563/PB DIÁZ	
CPF / CNPJ 9C6KE1930G0013898 ESP/VEIC/PRO		CONTRIBUTIVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO YAMAHA / YBR125 FACTOR E CAR / MOT / CIL 2 P / 124 / cil		ANO FAB 2015 ANO MOD 2016	
COTA ÚNICA 00/00/0000 VENO / COTAS 1 ^ª		VENO / COTAS 2 ^ª	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 ICF (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 14/01/2020		CONDIÇÃO SEGURO PA G O	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.348.408/0001-04			

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 **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA
RODRIGUES

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 | Duvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200167395

Data da solicitação: 14/06/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Fernandes Jorja Pereira Rodrigues

CPF do beneficiário: 03318787180

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 03924706409

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 999474520
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail: netos.alexandre@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) documentos 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

Deperanga 14/06/2020

Local e Data

Belchen 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 **Data do acidente:** 26/01/2020 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA
RODRIGUES

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: Fernandes Jairo Pereira Rodrigues, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Proprietária, nº 54, bairro Centro, Município de Itaporanga, Estado da (o) Pernambuco, Cep: 58.780.000, portador(a) do Rg nº 1909192, I e CPF nº 033.187.834.80

Outorgado: Suelio Moreira Torres, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Luís Carlos 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 039.242.069.09

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) Fernandes Jairo Pereira Rodrigues ocorrido em 26.01.2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

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.

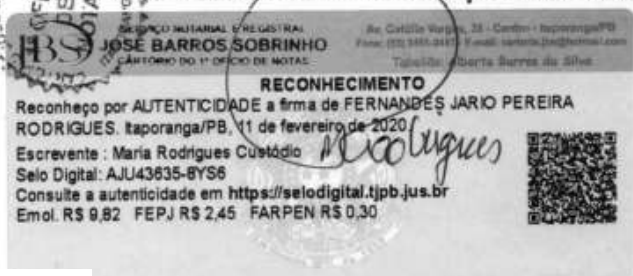
ITAPORANGA 11 de fevereiro de 2020

X FERNANDES JAIR PEREIRA RODRIGUES

Outorgante

CPF nº 033.187.834.80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130537/20

Vítima: FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES

CPF: 033.187.834-80

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 26/01/2020

Titular do CPF: FERNANDES JARIO
PEREIRA RODRIGUES

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

