



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
<b>FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38689 412	25/01/2021 11:02	<a href="#"><u>2779557_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, contados 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



00020441



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. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 JABIO PEREIRA RODRIGUES**

Informações sobre o pagamento da indenização:

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 Per

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

Bono Bresser Banda funcional completa de uno dos niños 50%

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Grade de lesão: Fase comodidade 12%

Receptor: FERNA

Valor: R\$ 2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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: 4 - Nome completo da vítima:

033 187 834 80

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:	8 - Endereço:	Rua Projetais	9 - Número:	SN	10 - Complemento:	casa	
11 - Bairro:	centro	12 - Cidade:	Noronha	13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58.780,000
15 - E-mail:	fernandes.pereira@gmail.com			16 - Tel.(DDD):	99944452024		

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 (257)
- Itaú (941)
- Banco do Brasil (001)
- Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3571

CONTA: 378 13

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

## 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no CMI)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:						
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (val nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

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



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

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

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

40 - Local e Data, 05/05/2020

X Fernandes Jairo P. Rodrigues / Silviano Rodrigues dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha





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



CERTIBÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL: Nº. 364 /2020.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA/HORA DO FATO: 26 / Janeiro / 2020 HORAS: 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.

Bases dos fatos:

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

Que no dia e horas acima citadas, se dirigia de Itaporanga para o Sítio Lagea do Mato, conduzindo a moto YAMAHA/YBR125 FACTOR E, cor vermelha, ano 2015/16, placa QFB2563/PB e chassi 9C6KE1930G0013898 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 Itaporanga e Patos/PB.

Itaporanga, PB, 12 de Março de 2020.

Notificante/Vítima: Fernandes Jairo Pereira Junes

Escrivão Plantonista: \_\_\_\_\_

Fco. Silveira Rodrigues  
ESC. POLICIA MILITAR  
CHIEFE DE CARTÓRIO







ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0016/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: FERNANDO JAIRO PEREIRA RODRIGUES

Raça/Cor: PARDA

Di Nasc: 05/06/1976 Idade: 43 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade

Mãe: ANA MARIA PEREIRA RODRIGUES

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: RUA CRIZANTO PEREIRA

Bairro: BELA VISTA

Município-UF - CEP - IBGE: 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

SSV: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Pa curto, com dor de cabeça e no coração, com febre, dor de estômago, dor de dor no abdômen.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

CBO

MÉDICO - CRM Dr. Lúcia da Silva

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

RECEPCIONISTA: HDI

Num. 38689412 - Pág. 7

Nº 10.15 26/01/2020

- Cipózona 2g + 100 g, coloque  
Cipózona 2g + 100 g

total 40 mg. + 100 g.

S.A. 1 500 ml

- Aguarandó 100 g e Cipózona  
me encoro ab refúcio.

Vanila Moreira  
Téc. em Enfermagem  
COREN-PB 925.442

fl. 20

Protocolo 1º ministrado por mim  
chefe da UPA DU MDT nome  
enunciado: Pauso organo.  
*M*  
Assinado  
Anita da Nogueira  
Enfermeira  
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



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. 9

# 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



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. 10







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Wilson Rodrigues dos Santos, inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fernandes Jairo Pereira Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033 187 834 / 80, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade, da Vítima Fernandes Jairo Pereira Rodrigues.

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 033 187 834 / 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 Euvaldo Figueiredo</u>	Número:	<u>22</u>	Complemento:	<u>Cosor</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Itaporanga</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>netto.moreira@hotmail.com</u>		<u>81 987616835</u>	Tel.(DDD):	<u>999471520</u>

Local e Data: Itaporanga 05/05/2020

Wilson Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante





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

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: 402

PARA: Complexo Regional Hospitalar de Pato  
ENCAMINHO: Fernando Jairinho P. Rodrigues IDADE: 43 SEXO: Mas  
RESIDENTE: R: Cruzamento Pereirina / Bela Vista  
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: PB

PA \_\_\_\_\_ MM/HG      TEMP      °C      PESO      KG

## QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente vítima de acidente motociclistico, ferido na órbita esquerda, apresentando ferimento contuso com nictite e edema das pálpebras, com exposição óssea. Fissura óssea 3.6

Medico Solicitante: Drº Hoo-amy  
medico Recebedor: Drº Manoel

26 / 81 / 89 HORN

Dr. Lo-Amy David  
M.D.  
C.R.N.P.

Av. Ovídio Cruz - 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-09 - Fone (83) 3451 - 2297 Fax (83) 3451 - 3058  
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB



FICHA DE INTERNAÇÃO

AM 05 /

INTERRAÇÃO	91149	PRONTUÁRIO	45698
DATA	26/01/2020	HORA	13:24
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA		
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 Aline da Silva Rodrigues

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

*Mr. vira a trunca ~ p (c)*

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

*Pe + est + fur + esp*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO *Fractura exposta de joelho (lateral) (lateral)* CID

*(lateral) e tendão exposto a direito de p (lateral)*

DADOS DA SAÍDA

Data 26/01/20

Hora 2 H 00 Min

MOTIVO

- ( ) Alta Curado    (X) Alta Melhorado    ( ) Alta a Pedido  
( ) Transferência    ( ) Evasão    ( ) Óbito

*José H. Suassuna Laureano*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM-PB 7742*

MÉDICO/CRM



### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, 5/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	AMARELO			
ORIGEM	ITAPORANGA - HOSPITAL REGIONAL DE ITAPORANGA			
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			
ENDERECO	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	OPERADOR	TMEDEIROS	
CARATER	05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR	TIPO DE SERVIÇO	URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA			
PRESTADOR	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*Fernando dasilva Rodrigues*

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

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Trau - Pé (t) dor queim e Mab  
(Mab ponelu) apes "re" de outro com  
↓ pé (E) Dolor*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER  
H min

DIAGNÓSTICO *Fractura expur p/ (E) (ostealigamento m/c)*

PROCEDIMENTO ( DESCRIÇÃO )

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*- Do auto curar  
- Colchonete e oxosa  
- SAT*

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

*- SPT seu m -*

MÉDICO/CRM/CNS

CBO



EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TIN

*2301010078*



PACIENTE:	Fernandes Jário Pereira Rodrigues		
QT.:	LEITO:	CONVÉNIO:	IDADE: REGISTRO:
		S105	43 a 456.93
CIRURGIA:	Dr. Cj. Fábio Estrela PE (E) Dr. Marcelo Alves		
ANESTESIA:	Anestesista: Dr. René		
INSTRUMENTADORA:	DATA:	INÍCIO:	FIM:
	26.01.2020	15:00	



### NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scop SF0197
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
✓	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cardíio-Respirador	1	Sonda Foley
✓	TX. de Laser	1	Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
✓	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml
✓	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocaín		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal	1	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%		Espadrapo
	Etodimidate		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
	Diazepam	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	Tilitil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	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: *Jairzilene Belo*  
 Sexo:  Feminino  Masculino Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_  
 Data Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pressão Anterior Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Hemáticas: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
 Hematócrito: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
 Urina: \_\_\_\_\_  
 Aparelho Respiratório: *U* Asma: \_\_\_\_\_ Bronquite: \_\_\_\_\_  
 Aparelho Circulatório: Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_  
 Aparelho Digestivo: Dentes: \_\_\_\_\_ Pecoço: \_\_\_\_\_ Ap. Urinário: \_\_\_\_\_  
 Estado Mental: Ataraxicos: \_\_\_\_\_ Corticoides: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Hipotensores: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Pré Operatório: *Ana expesta TPC* Estado Físico: \_\_\_\_\_ Risco: \_\_\_\_\_  
 Anestesia Anteriores: \_\_\_\_\_  
 Medicação Pré-Anestésica: \_\_\_\_\_ Aplicada ás: \_\_\_\_\_ Efeito: \_\_\_\_\_

Língua: _____ Audição: _____ Olhos: _____ Pele: _____ Mucosas: _____ Cílios: _____ Pupilas: _____ Pupilas: _____	<i>5000</i>		
	100	200	300
PULSO RESPIRATÓRIO U2 - ANESTESIA GEMFACAO	200	100	0
	240	140	0
	220	120	0
	200	100	0
	180	80	0
	160	60	0
	140	40	0
	120	20	0
	100	0	0
	80	0	0
60	0	0	
40	0	0	
20	0	0	

Sintomas e Anotações: \_\_\_\_\_  
 Posição: *Almofada*  
 Agentes: *Alcur 0,5% + Dexmedetomidina*  
 Técnica: *Arcejo Hals*  
 Cirurgiões: *Marcelo Hals*  
 Observações: \_\_\_\_\_

**INDUÇÃO**  
 Satisf \_\_\_\_ Excit \_\_\_\_ Tosse \_\_\_\_  
 Laringo Espasmo \_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
 Anestesia Satisf. Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_  
 Não, porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**  
 Reflexos na SO \_\_\_\_  
 Obstr. \_\_\_\_ CO<sub>2</sub> \_\_\_\_ Excit. \_\_\_\_  
 Nauseas \_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Com cânula para o leito sim *EV* não *EV*



COMPLEXO  
HOSPITALAR  
REGIONAL  
CITY HOSPITAL CAMPINA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

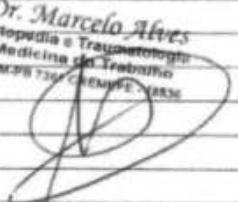


Nome do Paciente: <i>Fernando Júnio Pereira Rodrigues</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>26/01/20</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>M. Moreira Jr.</i>	1º Auxiliar:	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>Fratura de clavícula com deslocamento e luxação da articulação acromioclavicular. - Uso de férulas externas de cimento e manguito.</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>Fixação percutânea com fios de Kirschner + Descolamento - Osteosíntese com manguito.</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>o manguito</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia: <i>OBSERVAÇÃO: Parceria com perda de substância óssea e descolamento parcial - com importante descolamento da tendinosa em volta da ferida</i>		

#### DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

- M- em ORN e sob anestesia
  - Fixar manguito + Colocar fios de cimento
  - Descolar manguito com SPCA
  - Realizar limpeza da ferida
  - Fixação percutânea com 2 fios de Kirschner
  - Sutura da ferida + manguito
  - Fecho feito
- 26/01/20*

Dr. Marcelo Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina da Tramação  
CRM-PB 7364 CRM-MG 18836



#### RELATÓRIO DE CIRURGIA



28/JAN/2020 9:14:04

FERNANDES JARIO PEREIRA, . 5/jun/1976

000000036811

Pé. Oblique



EI\_5-1230

65 %

000000653001

Pé. AP

28/JAN/2020 9:13:10



EI\_5-2065

65 %

000000653001

Hospital Regional de Patos - RX



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. 20

## **RESUMO DE ALTA**

Nº ATENDIMENTO	91149	PRONTUÁRIO	45698
DATA	26/01/2020	HORA	13:24
MÉDICO	MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA	OPERADOR	TMEDEIROS
PACIENTE	FERNANDES JARIO PEREIRA RODRIGUES	IDADE	43a 7m

### **RESUMO CLÍNICO:**

Quis a pot

DIAGNÓSTICO

CID-10: X51.000 exposure to R<sup>-</sup>(+) + L<sup>-</sup> soot particles

#### **PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**

TOS REALIZADOS:  
Concessões de terras para o governo R\$ 00  
para os feitos oficiais.

## Evolução e intercorrências:

Post 366 Siam Cm 10 m

## **ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:**

Plans to do at Oberland

**CONDICÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA** ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Residência  Atendimento domiciliar

Transferência para

RATOS/RB 23 DE 01 DE 20 9

HORA DA ALTA MÉDICA: 7:00

~~Q100 H Suspensão Oral/gelada~~  
Q100 H Suspensão Oral/gelada  
GMP/TATY



## 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.

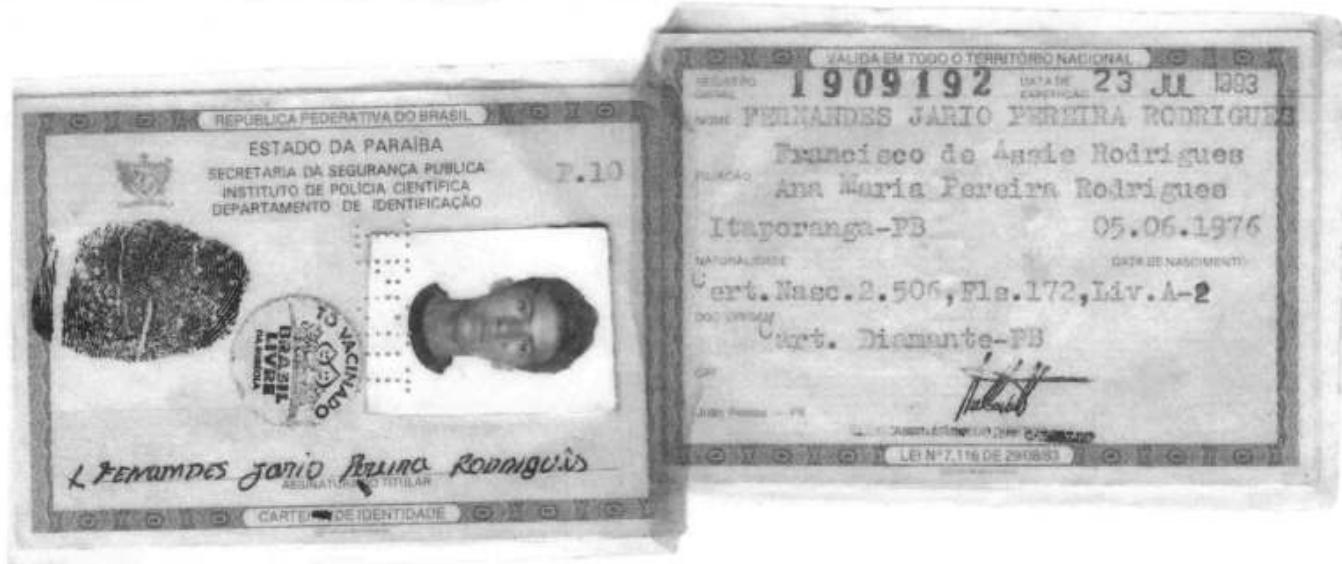
11/06/2020

Wryell Gomes Muniz

CRM-PB 11400

Dr. Wryell Gomes Muniz  
Médico  
CRM-PB 11400









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

Núm. 38689412 - Pág. 25

## 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>Total</b>			<b>2,1 %</b>	<b>R\$ 283,50</b>





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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: 3200 16 23 95

Data da solicitação: 11/06/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Fernandes Jorico Pereira Rodriguez  
CPF do beneficiário: 033 187 391 80

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 039 247 064 09

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 999471520 Tel. Comercial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
DDO

E-mail: recto.a.pessoa@gmail.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(s) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IMT
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: \_\_\_\_\_

(DESCRIVER)

### NO LARGO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Toporanga 11/06/2020

Local e Data

Suelio Rodrigues dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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 deve 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



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. 30

## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>Total</b>			<b>2,1 %</b>	<b>R\$ 283,50</b>



## 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



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. 32

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Fernandes Jairo Pereira Rodrigues, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua *Rodrigo Távora*, nº 518, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Pernambuco*, Cep: *58780-000*, portador(a) do RG nº *19019192*, I..... e CPF nº *033.187.834-80*.....

**Outorgado:** Wilson Rodrigues dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Motorista, residente e domiciliado(a) à Rua *Carvalho Piquerado*, nº 22, bairro *Centro*, Município de *Itaporanga*, Estado da (o) *Pernambuco*, Cep.: *58780-000*, portador (a) do RG nº *5652167*, I ..... e CPF nº *039.242.069-29*.....

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 *26.1.2020*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza *invalidez* / .....

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 *Janeiro* de *2020*

X *FERNANDES 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 *M. Rodrigues*  
Selo Digital: AUJ43635-BY56  
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](http://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](http://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



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. 35