



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

Processo 0807980-55.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 18/03/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 18/03/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo

Tipo: Promovente

Nome: KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 021.997.062-90

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

62590NPR Thiago Amorim Dos Santos

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 18/03/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Dec. de Hipossuficiencia
- Docs. Pessoal
- Comp. de Residencia
- CTPS
- ROP
- Ficha Atend. SAMU
- Ficha Atend. HGRR
- Prontuário Médico
- Declaração HGR
- BOLETIM DE OCORRENCIA
- Print Site Seguradora



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __ª VARA
CÍVEL DE COMPETÊNCIA RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA - RR.**

KÉLVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, vigilante, portador da carteira de identidade RG nº 369934-0 SESP/RR, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 021.997.062-90, residente e domiciliado na Rua Neuso Salomão, nº 294, Bairro Cidade Satélite, Boa Vista/RR, CEP: 69.317-552, possuindo o contato de telefone (95) 99128-5217, e endereço de E-mail **kelvynblog@gmail.com**, por seu Advogado que esta subscreve (procuração anexa), vem perante Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001/04, localizada na Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:



1. PRELIMINARMENTE

1.1. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

O Requerente não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar as despesas processuais, inclusive o recolhimento das custas iniciais, sendo que o Autor junta cópia de sua CTPS pra comprovar a limitação do seu auferimento de renda mensal, com atividade laboral de vigilante. (**Doc. Anexo**)

Destarte, o Requerente formula pleito de gratuidade da justiça, por meio de declaração individual, sob a égide do **art. 98 c/c art. 99, § 3º do CPC/15**, do qual estabelece a abrangência concedida por este instrumento legal de amparo ao jurisdicionado.

Portanto, **requer** a concessão do benefício da Justiça Gratuita em favor do Requerente, vez que as custas judiciais comprometerão seu sustento e da sua família, conforme Declaração de Hipossuficiência cópia de sua CTPS pra comprovar a limitação do seu auferimento de renda mensal, com atividade laboral de vigilante e assim necessitando assim de AJG, tal como previsto no art. 98 c/c art. 99, § 3º do CPC/15.

1.2. DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO E CONCILIAÇÃO

Buscando efetiva aplicabilidade dos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas (Arts. 4º e 8º, do CPC/15), tendo por base a realidade das ações correlatas de seguro DPVAT, percebe-se que não há uma predisposição da parte Requerida em apresentar proposta de acordo em audiência de conciliação, conforme estabelecido no art. 334 do CPC/15.



Desta forma, pugna-se a Vossa Excelência que postergue a conciliação para eventual manifestação das partes, até porque a transação pode ser apresentada a qualquer momento pelos litigantes, não havendo, portanto, qualquer prejuízo, se tornando mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal.

Pelo exposto, e decorrente da postura que tem apresentado a Requerida, **o Requerente não tem interesse na composição consensual**, visto que será apenas um objeto protelatório em favor da Requerida. No entanto, nada impede que a Ré apresente proposta formal, nos autos do presente processo e seja concedido prazo para resposta da parte promotente.

Desta forma, **requer** que seja citada a parte Requerida para apresentar contestação no prazo legal, **e querendo esta**, que apresente proposta de acordo para análise e manifestação da parte Requerente, tendo em vista que a audiência de composição consensual/transação nestes casos não se concretizam, o que na prática apenas prolonga o tempo de duração do processo em favor da Seguradora Requerida.

2. DOS FATOS

Conforme o **Boletim de Ocorrência nº 014236/2015**, registrado pela Delegacia de Acidente de Trânsito, o Autor foi vítima de acidente de trânsito no dia **01/11/2015**, ocorrido nesta Capital Boa Vista/RR, e por decorrência disso, o Requerente sofreu **Trauma em Membro Superior Direito**, conforme a **Ficha de Atendimento do SAMU (chamado nº 21.296)** e **Ficha de Atendimento Médico Hospitalar do HGR. (Docs. Anexo)**.



O referido acidente resultou em sequela funcional com invalidez permanente do Requerente, **em decorrência de Fratura de Úmero Direito e Laceração Contusa em Braço Esquerdo, que necessitou de procedimento médico especializado**, como pode ser comprovado por meio do **Prontuário Médico**. (**Docs. Anexo**)

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) nesta cidade, cujo valor deveria ser efetivamente pago conforme determina a Lei.

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, realizou o pagamento (de forma administrativa) apenas parcialmente, sendo o valor incompatível com a gravidade do trauma sofrido pelo Requerente.

Portanto, o valor de **R\$ 4.725,00** (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), que foi pago administrativamente pela Requerida, **não estando em conformidade com real direito do Requerente, ou seja, a importância é inferior frente à gravidade e o grau da lesão sofrida pelo mesmo**, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio. (**Docs. anexos**).

São os fatos de forma sucinta

3. DO DIREITO

3.1. Do Valor Devido

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei



11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, reiterando o valor fixado para indenização em caso de morte, *verbis*:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;"

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; Julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; Publicação: Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus à parte autora o recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A Legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidentes de trânsito, ou seja, **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)** e não apenas de **R\$ 4.725,00** (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), que demonstra flagrante equívoco



“voluntário ou não”, quanto a liquidação realizada pela Requerida, e o consequente pagamento parcial ao Requerente

Sendo assim, vislumbra-se o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, condenando a Requerida para pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo Eg. TJRR.

Destaque-se, que o fato do Autor ter recebido a quantia informada anteriormente não implica em renúncia ao direito de postular a complementação, tampouco gera adimplemento da obrigação por parte da Requerida, como visto acima, e especialmente porque é notória a má-fé com que agiu a requerida quando da parcial indenização

Portanto, **requer** que seja a Requerida condenada ao pagamento da diferença entre o valor indenizado e o efetivamente devido ao Requerente, que corresponde à quantia de **R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais)**.

3.2. Da Correção Monetária e Juros Moratórios

Em sede de condenação, o referido valor deverá ser corrigido devendo ser levado em consideração, a data do evento danoso para a incidência da correção monetária, conforme estabelecido na Súmula 580 do STJ, entendimento este adotado pelo Eg. TJRR, tendo por base o presente julgado:

“Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso” (AgRg no AREsp 46.024/PR, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 16/02/2012, DJe 12/03/2012)”



Ainda sobre o tema, vale ressaltar que o termo inicial para a incidência de juros moratórios, para efeitos de atualização do valor, deve ser utilizado o estabelecido na Súmula 426 do STJ, do qual versa que “os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação”.

Desta forma, requer que em sede de condenação a incidência de correção monetária (pelo IPCA-E) tenha por base o estabelecido na Súmula 580 do STJ (data do evento danoso), e correlato ao mesmo, que os juros moratórios (1% ao mês) incidam a contar da data da efetiva citação (Súmula 426 do STJ).

3.3. Da Dignidade da Pessoa Humana

O respeito à Dignidade da pessoa humana constitui princípio fundamental. Partindo dessa premissa, no centro do direito encontra-se o ser humano.

Constitui o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana um valor universal, sendo que esta Dignidade não é algo que alguém precise postular ou reivindicar, porque decorre da própria condição humana. O que se pode exigir não é a dignidade em si – pois cada um já a traz consigo -, mas respeito e proteção a ela.

Impõe-se, admitir, porém, que o princípio da dignidade da pessoa humana no texto constitucional é importante para a sua efetiva proteção e o seu amplo desenvolvimento pelos órgãos públicos em geral e, em especial, pelos órgãos de aplicação do direito.

A dignidade pressupõe, portanto, a igualdade entre os seres humanos. Este é um de seus pilares. É da ética que se extrai o princípio de que os homens devem ter os seus interesses igualmente



considerados, independentemente de raça, gênero, **CAPACIDADE** ou outras características individuais.

Desta forma Excelência, busca o Autor pleitear o Direito que lhe é inerente, amparado no Art. 1º, III, da CF/88.

4. DOS PEDIDOS

Ante ao exposto, requer a Vossa Excelência:

a) A citação da Requerida, em festejo à celeridade, pelo Tel. (21) 3861-4600, Fax (21) 2240-9073, ou ainda, no Endereço: Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP. 20031-205, para que, querendo, responda aos termos desta ação, no prazo legal, sob as penalidades legais;

b) a concessão do benefício da Justiça Gratuita em favor do Requerente, vez que as custas judiciais comprometerão seu sustento e da sua família, conforme Declaração de Hipossuficiência cópia de sua CTPS pra comprovar a limitação do seu auferimento de renda mensal, com atividade laboral de vigilante e assim necessitando assim de AJG, tal como previsto no art. 98 c/c art. 99, § 3º do CPC/15;

c) que seja citada a parte Requerida para apresentar contestação no prazo legal, **e querendo esta**, que apresente proposta de acordo para análise e manifestação da parte Requerente, tendo em vista que a audiência de composição consensual/transação nestes casos não se concretizam, o que na prática apenas prolonga o tempo de duração do processo em favor da Seguradora Requerida;

d) que seja a Requerida condenada ao pagamento da diferença entre o valor indenizado e o efetivamente devido ao Requerente, que corresponde à quantia de **R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais)**;



e) que em sede de condenação a incidência de correção monetária (pelo IPCA-E) tenha por base o estabelecido na Súmula 580 do STJ (data do evento danoso), e correlato ao mesmo, que os juros moratórios (1% ao mês) incidam a contar da data da efetiva citação (Súmula 426 do STJ);

f) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais, conforme o percentual estabelecido no art. 85, § 2º do CPC/15;

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais).**

Termos em que,
Pede Deferimento.

Boa Vista - RR, 18 de março de 2019.

(Assinado Eletronicamente)
THIAGO AMORIM DOS SANTOS
OAB/RR 515 – A
OAB/RR 62.590

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Kelwyn Domingos Silva de Souza
ESTADO CIVIL: solteiro
RG nº. 369934-0 SSP/RR
CPF/MF nº. 021.997.062-90
TELEFONE: 99128-5217 E-MAIL: kelwynblog@gmail.com
ENDEREÇO: Rua: Neusa Salomão, 294, Cidade Satélite

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 29/ 11 de 20 18.

Kelwyn Domingos Silva de Souza

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Kelvyn Domingos Silva de Souza
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO Vigilante
RG nº. 369934-0 SSP/RR
CPF/MF nº. 021.997.062-90
ENDEREÇO: Rua: Neusa Salomão, 294, Cidade
Satélite


DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 28/ 11 de 2018.


Kelvyn Domingos Silva de Souza

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Kelvyn Domingos Silva de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 369314-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/04/2018

MOBE **KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA**

FILIAÇÃO **RISSEQUE ALVES DE SOUZA**

SÍLVIA SILVA SANTOS

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DATA DE NASCIMENTO **25/10/1992**

PROG. ORDEM **CERTID. MISC. 1870 FLS 33V LIV A4**

2 OF **BOA VISTA - RR**

CPF

1 VIA **Rita de Cássia Coelho de Araújo**
Diretora do IIOC

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P 1

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição *

021.997.062-90

Nome

KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA

Nascimento

25/10/1992



<http://www.eletrorasroraima.com/segundavia/fatura.pdf>



ELETRORAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 384196

ELIANE DA SILVA VIANA

R. NEUSO SALOMAO, 294 ,

CIDADE SATELITE

69317552 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 853488	MÊS 03/2018	PERÍODO DE CONSUMO 09-FEB-18 a 12-MAR-18
CONSUMO (kWh) 142	VENCIMENTO 28-MAR-18	TOTAL A PAGAR R\$ 69,63

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETRORAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA


CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 853488	MÊS 03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 69,63
-------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836800000009.696300750002.000000000851.348803180051



TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
<p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho - em seus aspectos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Por sua importância e seu dever protetor, a Cidadania, por meio da Carteira, registra sua vida Profissional e a permanência preservando a validade de seus direitos como trabalhador. Cada um, portanto, para assegurar o seu futuro e de seus dependentes, deverá manter a validade e a integridade deste documento de identificação.</p> <p>CONFECIONADA EM 01/02/2015 Pelo Conselho de Administração do Ministério do Trabalho e Emprego</p> <p>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</p>	<p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>190.49079.50-7</p> <p>9770150 0040 RR</p> <p><i>Kelvin Domingos Silva de Souza</i></p> <p></p>

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO
<p>KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA</p> <p>FILIAÇÃO: KISSIQUE ALVES DE SOUZA NASCIMENTO: 25/10/1992 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO: C-1.3690240 17012708 SSP RR LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 021.997.162-90 TIT. ELEITOR: 004361512623 ZONA: 005 SEÇÃO: 0145 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 01/02/2015</p>	<p>FILIAÇÃO: _____</p> <p>DATA DE NASC. DE: _____ PARA: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>LEGENDA</p> <p>A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERIÓRIO G - DATA DE NASCIMENTO B - SERVIDOR D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA</p>

CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
EMPREGADOR EMPREGADO CNPJ: 06.185.371/0004-14 F.G. NOGUEIRA EPP Filial Rua: Ataíde Teive nº 3197 Cep: 69.371-18	EMPREGADOR EMPREGADO
MUNICÍPIO EST. DO ESTAB. FOMENTO CARGO: <i>Seu. Jr. Acaus</i> CBO N: <i>51420</i>	MUNICÍPIO EST. DO ESTAB. FOMENTO CARGO CBO N
DATA DE ADMISSÃO: <i>26</i> DE <i>maio</i> DE <i>2017</i> REGISTRO N: <i>RS 700</i> REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: <i>R\$ 957,00 (novecentos e cinquenta e sete reais).</i> <i>X</i> <i>Flavio G. Nogueira</i> <i>Empresário</i>	DATA DE ADMISSÃO DE REGISTRO N: <i>RS 700</i> REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA
DATA DE SAÍDA	DATA DE SAÍDA
COM. EMPREGADOR P. O. EMPREGADO	COM. EMPREGADOR P. O. EMPREGADO

08 09

Continuação da Ocorrência Nº

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE 1

Do Dia

De

PRIMEIRA - BPM

CONFERE COM ORIGINAL

Em 18/01/16

SD PM Benel

Local da Ocorrência

ABALROAMENTO

Longitudinal

Transversal

Capotamento

Tombamento

Outros

ATROPELAMENTO (Situação da Vítima)

Parada

Andando

Correndo

COLISÃO

Frontal

Traseira

CHOQUE

Poste ou Árvore

Muro

Casa

Veículo Parado

Traseira

Outros

TIPO DE PAVIMENTO

Terra

Areia

Paralelepípedo

Cascalho

Alfalto

Concreto

CONDIÇÕES DA PISTA

Seca

Molhada

Enlameada

Óleosa

Com Areia

Cruzamento

Curva

Reta

CAUSAS PROVÁVEIS DO ACIDENTE

Desobediência a Situação

Falta de Atenção

Imperícia

Mal Súbito

Má Visibilidade

Efeitos Alcolicos

Derrapagem

PONTO DE IMPACTO

1

2

3

4

Fronte

Atrás

Fronte à Direita

Atrás à Direita

Lado Direito

Fronte à Esquerda

Atrás à Esquerda

Lado Esquerdo

CARACTERÍSTICAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

1 - Marca

Tipo

Placa

Cor

1 - Marca

Tipo

Placa

Cor

1 - Marca

Tipo

Placa

Cor

1 - Marca

Tipo

Placa

Cor

OBSERVAÇÕES E CROQUIS DO LOCAL

Posto/Grad

Nº

Nome de Guerra

SUOp

Assinatura

FICHA DE ATENDIMENTO									
Unidade: SAAMU 192		Equipe: MARINHO/BUSPO/HELINALDO							
Paciente: KELVIN DOMINGOS SILVA DE SOUZA		Idade: 23		Sexo: M					
Endereço: AV. BRIG. EDUARDO GOMES - NECESSANA									
Nº: 21.296		DATA: 01/11/15		HORA: 18:05					
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. ANETE									
<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO									
MECANISMO DE TRAUMA									
AUTOMÓVEL			MOTO:			VIOLENCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input checked="" type="checkbox"/> Condutor			<input type="checkbox"/> FAB		<input checked="" type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Trajeto	
<input type="checkbox"/> Vítiima <input type="checkbox"/> projetada			<input type="checkbox"/> Carona			<input type="checkbox"/> PAF		<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____	
<input type="checkbox"/> encarcerada			<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> queda		<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica	
<input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> queda			<input type="checkbox"/> Espancamento		<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	
<input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> dianteiro			<input type="checkbox"/> Atropelamento			<input type="checkbox"/> Violência Doméstica		<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal	
<input type="checkbox"/> traseiro			<input type="checkbox"/> Colisão			<input type="checkbox"/> Violência Sexual		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Capotamento			<input type="checkbox"/> Bicicleta:			<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio			
<input type="checkbox"/> Atropelamento			<input type="checkbox"/> Condutor			<input type="checkbox"/> Outro: _____			
<input type="checkbox"/> Colisão			<input type="checkbox"/> Carona						
			<input type="checkbox"/> queda						
			<input type="checkbox"/> Atropelamento						
			<input type="checkbox"/> Colisão						
AValiação INICIAL									
Vias Aéreas			Ventilação			Circulação		Aval. Neurológica	
<input type="checkbox"/> Dispneia			<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído			<input type="checkbox"/> Bradicárdico		<input type="checkbox"/> AVDN	
<input type="checkbox"/> Bradipneia			<input type="checkbox"/> M.V. Ausente			<input type="checkbox"/> Taquicárdico		<input type="checkbox"/> Miose	
<input type="checkbox"/> Taquipneia			<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo			<input type="checkbox"/> Arritmico		<input type="checkbox"/> Midriase	
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa			<input type="checkbox"/> Maciez			<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"		<input type="checkbox"/> Anisocoria	
<input type="checkbox"/> Obstrução			<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa			<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Otorrêia	
<input type="checkbox"/> Apnéia								<input type="checkbox"/> Otorragia	
<input type="checkbox"/> Outro: _____								<input type="checkbox"/> Rinorragia	
								<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado	
								<input type="checkbox"/> DNV	
SINAIS VITAIS E ESCORÕES									
Hora	P.A. mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR	
18:12	120/80	88	20	100					
18:30	120/80	90	20	100					
AValiação SEGUNDA TRIAGEM									
Bate.		Cabeça		Face		Pescoco		Tórax	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada		<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Contusão		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Escoriações	
<input type="checkbox"/> Quente		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Lacerações	
<input type="checkbox"/> Pálida		<input type="checkbox"/> Laceração		<input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Hematomas		<input type="checkbox"/> Tórax instável	
<input type="checkbox"/> Fria		<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Lacerações		<input type="checkbox"/> Hematoma		<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	
<input type="checkbox"/> Umida		<input type="checkbox"/> Afundamento		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia		<input type="checkbox"/> Tamponamento	
<input type="checkbox"/> Seca		<input type="checkbox"/> Fer.		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia		<input type="checkbox"/> Em tábua	
<input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Deformação	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante		<input type="checkbox"/> Ferimento ocular		<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		<input type="checkbox"/> Evisceração	
		<input type="checkbox"/> Penetrante							

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

TERMINO DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMINO DE RECUSAR	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COLISÃO MOTO COM CARRO CONTRADO EM DEBITO DORSAL. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FRONTAL APRESENTA FRATURA FECHADA EM UNICO (LACERANTE) LACERO-CONTUSO EM REG. TIBIA COM SUSPEITA DE FRATURA DE TIBIA, PERIMETO CORTO-CONTUSO EM PATELA + SU

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto	Menores de 5 anos	Escala		Frequência Respiratória (mov / min)			
Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	<input type="checkbox"/>	10 - 24	4	<input type="checkbox"/>	
Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	<input type="checkbox"/>	25 - 35	3	<input type="checkbox"/>	
Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	<input type="checkbox"/>	> 35	2	<input type="checkbox"/>	
Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	<input type="checkbox"/>	01 - 09	1	<input type="checkbox"/>	
Orientado	Beleza	5	<input type="checkbox"/>	0	0	<input type="checkbox"/>	
Confuso	Choro irritado	4	<input type="checkbox"/>	> 90	4	<input type="checkbox"/>	
Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	<input type="checkbox"/>	70 - 89	3	<input type="checkbox"/>	
Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	<input type="checkbox"/>	50 - 69	2	<input type="checkbox"/>	
Nenhuma	Nenhuma	1	<input type="checkbox"/>	01 - 49	1	<input type="checkbox"/>	
Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	<input type="checkbox"/>	0	0	<input type="checkbox"/>	
Localiza a dor	Retira-se toque	5	<input type="checkbox"/>	14 a 16	4	<input type="checkbox"/>	
Flexão normal	Retira a dor	4	<input type="checkbox"/>	11 a 13	3	<input type="checkbox"/>	
Flexão anormal	Flexão normal	3	<input type="checkbox"/>	8 a 10	2	<input type="checkbox"/>	
Extensão a dor	Flexão anormal	2	<input type="checkbox"/>	5 a 7	1	<input type="checkbox"/>	
Nenhuma	Nenhuma	1	<input type="checkbox"/>	3 a 4	1	<input type="checkbox"/>	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

PATELA DE GRANDE EXTENSÃO LAC. AO GT. — ATENÇÃO



CONFERE COM O ORIGINAL EM 18/03/16 Stephanie

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	05 ATADURAS	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	04 COMPRESSAS	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		02 SF 200ml.	

...: Guia de Atendimento 02 ...:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

[illegible]

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIÓ-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA / ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica

() Alta a Pedido

() Alta a Revelia

() Transferência para:

() Ambulatório

() Observação (Até 24h)

() Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ : ____ :

órbita

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não

Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: geraldo.oliveira
Data Hora: 13/01/2016 10:40:59

© 2016
SOTECH - Soluções em Tecnologia
R\$4 - Integridade em Saúde
Versão 1.13a - 01/04/2016



1 5 0 0 4 9 3 6 8 3

44607

Kelwyn Domingos x

de Souza

PASTA PARA PRONTUÁRIO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL CORONEL MOTA

Rua: Coronel Pinto, 636 - Centro / Tel. (95) 2121-7471

AUTENTICAÇÃO

Atifico e Dou Fé Que a Presente Cópia é Fiel Reprodução da
original que Foi apresentado neste Hospital.

Boa Vista-RR, 22 de 03 de 20 16

Carla Pina



GOVERNO DE RORAIMA
"ABRIGADA PATRONAGEM DAS PRASAS INDÍGENAS"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SEMSAU

Pront 149607

EVOLUÇÃO DE AMBULATÓRIO

NOME: <u>Kelvin Domingos Silva</u>		DN: <u>25.10.92</u>
SERVIÇO DE: <u>5042-1</u>		REC: <u>13.11.2015</u>
DE: <u>ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA OCUPACIONAL</u>	SEM: <u>NÃO</u>	1ª CONSULTA: <u>13.11.2015</u>
EVOLUÇÃO:	<u>Int. Ameno Ha 10 dias</u> <u>5/ Rx</u>	
TERAPIA:	<u>Oral analg.</u>	
MÉDICO - CRM: <u>Dr. João Pereira da Silva</u> CRM/R 1553		

SERVIÇO DE: <u>Detecção (de. Falso)</u>		DATA: <u>11.12.15</u>
DE: <u>ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA OCUPACIONAL</u>	SEM: <u>NÃO</u>	1ª CONSULTA: <u>11.12.15</u>
EVOLUÇÃO:	<u>Int. de ameno distal (5)</u> <u>40 dias de evolução em</u> <u>tratamento conservador</u>	
TERAPIA:	<u>Rx moxina Alinhamento ortod</u> <u>mantido</u>	
MÉDICO - CRM: <u>Dr. João Pereira da Silva</u> CRM/R 1553		

SERVIÇO DE:		DATA: <u>11.12.15</u>
DE: <u>ACIDENTE DE TRABALHO OU DOENÇA OCUPACIONAL</u>	SEM: <u>NÃO</u>	1ª CONSULTA: <u>11.12.15</u>
EVOLUÇÃO:	<u>HOSPITAL CORONEL MOTA</u> <u>Rua: Coronel Pinto, 838 - Centro / Tel. (95) 2121-7471</u> <u>AUTENTICAÇÃO</u> <u>Certifico a Dou Fe que a Presente Cópia é Fiel Reprodução do</u> <u>Original que Foi Apresentado neste Hospital.</u> <u>Boa Vista-RR, 20 de 03 de 2016</u>	
TERAPIA:		
MÉDICO - CRM:		

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Paulo Medico

Paciente Kelvin Domingos Silva
de Sousa em recuperação
de fratura de humero (D)
impossibilidade de
exercer carga em M.S.D
por 60 sessenta dias.

DATA

08.01.16



Dr. Fabio Ferreira de Lima
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 1553

ASSINATURA E CARIMBO



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Kevin Domingos S. de Souza RECEITUÁRIO
ENDEREÇO: _____

Rua Coronel Mota

Paciente com febre de origem

Distal em TTO desconhecida com
história de 4 meses.

hoje, há sinais de complicações.

Sintomas febris para quadro de
meningite.

Uma dose de penicilina a 1 milhão de
unidades por 30 dias.

DATA 1/1

Vitor P. Santiago
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1635
ASSINATURA

02/04/16

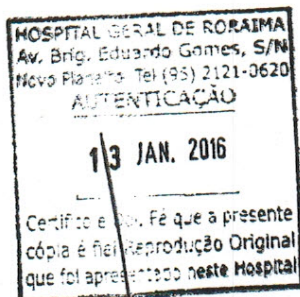
CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sra. **KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA**, deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia **01/11/2015**, as **18: hs e 30: min** por motivo de **(ACIDENTE DE MOTO)**, recebeu os cuidados da equipe de plantão, CONFORME O REGISTRO DE ATENDIMENTO nº1500493683.



Boa Vista-RR 13 de Janeiro de 2016.

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014236/2015

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2015 20:50 Data/Hora Fim: 01/11/2015 20:57
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 034712 Data: 01/11/2015
Delegado de Polícia:

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 01/11/2015 20:16

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: Acidente de Trânsito auto Lesão	Veículo

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: av brigadeiro eduardo gomes

Bairro: Mecejana

Nº: frente ao 3275

ENVOLVIDO(S)

Nome: KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 23

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua 527

Bairro: senador n. campos

Nº: 997

Nome: CLISTENES DA CONCEIÇÃO GUIVARES (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua estrela celeste

Bairro: raiar do sol

Nº: 403

Nome: ANA JULIA OLIVEIRA ALCANTARA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 18

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua rui barbosa

Bairro: mecejana

Nº: 459

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

O ROP-PM informa que a guarnição foi acionada para atender uma ocorrência de acidente de trânsito onde segundo testemunhas a provocante foi a senhora Ana Julia (Ford-Ka branco, NAX-1319) que invadiu a preferencial no retorno da avenida citada; QUE a vítima kelvyn Domingos (Yamaha Lander preta, NAX-6909) teve varias lesões e foi conduzido ao PS pelo SAMU; QUE houve perícia no local e como os veículos estavam em dia, foram entregues aos responsáveis. É o relato

ASSINATURAS

Adelson Araujo Viana Junior

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 014236/2015


Edesio Cardoso de Sousa Filho
Agente de Polícia Civil
Mat.: 43002907
Responsável pelo Atendimento

Polícia Militar de Roraima
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 319 **/2015 - Boa Vista-RR, em**
13/01/2016.

COMUNICANTE: KÉLVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA

RG: 3699340

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 02199706290

ENDEREÇO: AVENIDA S-21

Nº. 1036

BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS

CIDADE: BOA VISTA RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: VIGILANTE

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

**DATA DE NASCIMENTO: 25/10/1992 IDADE: 23 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MEDIO
COMPLETO**

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

TELEFONE: (095 99155-4616) (095 991272592)

NOME DO PAI: KISSIGUE ALVES DE SOUZA

NOME DA MÃE: SILVIA SILVA SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 18:30 HS do dia:01/11/2015 ,na RUA: BRIGADEIRO EDUARDO GOMES PROX: AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NA CIDADE: BOA VISTA-RR aconteceu o seguinte fato:

O COMUNICANTE VEIO INFORMAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL INDICADOS CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SEU TIO YAMAHA/LANDER XTZ 250 CHASSI: 9C6KGO210EOO64110 DE PLACA: NAX 6909 DE PROPRIEDADE DE VALDIR DA CRUZ DE CPF: 225.358.372-34 O MESMO INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA BRIGADEIRO EDUARDO GOMES (VIA DUPLA) SENTIDO CENTRO QUANDO EM SUA PREFERENCIAL VINHA UM VEICULO (FORD-KA BRANCO NAX-1319) DE PROPIEDADE DE ANA JULIA OLIVEIRA ALCANTARA NA MESMA AVENIDA SENTIDO CONTRARIO, QUE APÓS FAZER O RETORNO INVADIU SUA PREFERENCIAL ONDE VEIO COLIDIR E SOFRER GRAVES LESOES PELO CORPO E FOI CONDUZIDO EMEDIATAMENTE AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA (PRONTO SOCORRO) É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Kelvyn D. Silva de Souza
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



DE ORDEM DO DELEGADO RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA	DOCUMENTOS ANEXOS
<p><i>Rafael Cardoso de Sousa Filho</i> Agente de Polícia Civil Mat. 43002907</p> <p>Conferente / Recebedor</p>	<p>RG E CPF CNH CRLV PRONTUARIO MEDICO</p> <ul style="list-style-type: none">• ROP/PM OU BAT/PRF• FICHA DO SAMU OU RESGATE• COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Dom Bosco (LIDER) Adm. e Corretora de Seguros Ltda-Nobre

BENEFICIÁRIO KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA

CPF/CNPJ: 02199706290

Posição em 18-03-2019 15:42:21

O cadastramento de seu pedido de indenização não foi concluído. Por favor, entre em contato com a seguradora para obter mais informações sobre a situação desse processo.

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Serviços

- › Acompanhe seu Processo
- › Consulta a Pagamentos
- › Saiba Como Pagar

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT
- › Sobre o Seguro DPVAT
- › Informações Gerais

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões
- › Telefones de Contato

18/03/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 18/03/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

18/03/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 18/03/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

18/03/2019: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 18/03/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 18/03/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

25/03/2019: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS .

Data: 25/03/2019

Movimentação: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0807980-55.2019.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$8.775,00
Autor(s) KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA Rua Neuso Salomão, 294 - Cidade Satélite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.317-552 - E-mail: kelvynblog@gmail.com - Telefone: (95) 99128-5217
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL

(CPC: Art. 203, §2º)

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte Requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mais futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte Requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação



contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constato que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da hipossuficiência do consumidor, assim, inverte o ônus da prova (CDC: inciso VIII, art. 6º).

07. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

08. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

09. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 500,00 (quinhentosreais)**.

10. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

11. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

12. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

13. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

14. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à)



Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

15. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

16. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

17. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

18. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

19. Cite-se. Intimem-se. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema Projudi.

Jarbas Lacerda de Miranda

Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível

(Assinado digitalmente)



01/04/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 01/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (25/03/2019)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

01/04/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 01/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (25/03/2019)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

01/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 01/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA) em 01/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (25/03/2019) e ao evento de expedição seq. 8.

Por: Thiago Amorim Dos Santos

01/04/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO.

Data: 01/04/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (25/03/2019)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Manf. Não Oposição ao Perito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR.**

Processo n.º 0807980-55.2019.8.23.0010

KELVYN DOMINGOS SILVA DE SOUZA, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, vem a presença de Vossa Excelência, por meio de seu advogado, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em face do r. Despacho constante no Ep. 6.1.

Desta forma, o Requerente está ciente do deferimento da AJG.

Por conseguinte, o mesmo não se opõe ao entendimento da desnecessidade de designação de Audiência de Conciliação.

Por fim, estando ciente do referido despacho, a parte Requerente não apresentará quesitos, bem como, no momento não faz presente a necessidade de impugnação do r. Expert indicado, tão pouco sugerir assistente técnico.

Diante do exposto, **REQUER** o prosseguimento do feito.

Termos em que,
Pede Deferimento.



Boa Vista - RR, 1 de abril de 2019.

(Assinado Eletronicamente)
THIAGO AMORIM DOS SANTOS
OAB/RR Nº 515/A
OAB/PR Nº 62590

02/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 02/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/04/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6)

DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (25/03/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO