

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2399226120190708115237

Processo 0817917-89.2019.8.23.0010 ☆ - (26 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor de Justiça

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

Data do Movimento(Período):

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

| Seq.             | Data                        | Evento                                                                                                                                                                                                                                    | Movimentado Por                                   |
|------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <div>[-]</div> 9 | 08/07/2019 11:52:37         | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO                                                                                                                                                                                                         | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br>Procurador            |
|                  | 9.1 Arquivo: Petição        | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,                                                                                                                                                                                   | 2614706CONTESTACAO01.PDF<br>Público               |
|                  | 9.2 Arquivo: DOCS           | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,                                                                                                                                                                                   | 2614706CONTESTACAOAnexo01.PDF<br>Público          |
|                  | 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,                                                                                                                                                                                   | 2614706CONTESTACAOAnexo02.PDF<br>Público          |
| <div>[+]</div> 8 | 18/06/2019 13:53:57         | EXPEDIÇÃO DE MANDADO<br>Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/06/2019 14:09:31). Natureza: Citação. Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. Identificador do Cumprimento: 0002. | PAULO SERGIO FIRMINO<br>Analista Judiciário       |
| <div>[+]</div> 7 | 18/06/2019 13:48:35         | EXPEDIÇÃO DE MANDADO<br>Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/06/2019 14:09:31). Natureza: Citação. Parte: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A. Identificador do Cumprimento: 0001. | PAULO SERGIO FIRMINO<br>Analista Judiciário       |
| <div>[+]</div> 6 | 17/06/2019 14:09:31         | CONCEDIDO O PEDIDO                                                                                                                                                                                                                        | EDUARDO MESSAGGI DIAS<br>Magistrado               |
| 5                | 11/06/2019 15:43:17         | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                  | SISTEMA CNJ                                       |
| 4                | 11/06/2019 15:43:17         | RECEBIDOS OS AUTOS                                                                                                                                                                                                                        | SISTEMA CNJ                                       |
| 3                | 11/06/2019 15:43:17         | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR<br>Registro de Distribuição                                                                                                                                                                          | SISTEMA CNJ                                       |
| 2                | 11/06/2019 15:43:16         | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO<br>5ª Vara Cível                                                                                                                                                                                                  | SISTEMA CNJ                                       |
| <div>[+]</div> 1 | 11/06/2019 15:43:16         | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL                                                                                                                                                                                                             | ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS<br>Advogado |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08179178920198230010

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TIAGO SANTANA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **14/03/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 14/03/2019 após MAIS DE 1 (UM) ANO da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 24/02/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

| DADOS DO SINISTRO                                                                                                     |                                              |                                                      |               |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Número:</b> 3190204005                                                                                             | <b>Cidade:</b> Iracema                       | <b>Natureza:</b> Invalidez Permanente                |               |                       |
| <b>Vítima:</b> TIAGO SANTANA DA SILVA                                                                                 | <b>Data do acidente:</b> 24/02/2018          | <b>Seguradora:</b> Sabemi Seguradora S/A             |               |                       |
| PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA                                             |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Data da análise:</b> 10/04/2019                                                                                    |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Valoração do IML:</b> 0                                                                                            |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Perícia médica:</b> Não                                                                                            |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Diagnóstico:</b> FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.                                                                        |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Resultados terapêuticos:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO BIPLANAR + FIOS) E ALTA MÉDICA.       |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Sequelas permanentes:</b> LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.                                         |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Sequelas:</b> Com sequela                                                                                          |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Conduta mantida:</b>                                                                                               |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Quantificação das sequelas:</b> APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO. |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Documentos complementares:</b>                                                                                     |                                              |                                                      |               |                       |
| <b>Observações:</b> BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10, 12<br>LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 33                               |                                              |                                                      |               |                       |
| DANOS                                                                                                                 |                                              |                                                      |               |                       |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
| Perda funcional completa de um dos pés                                                                                | 50 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                                                                                          |                                              |                                                      | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/02/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

---

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup>**art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
BOA VISTA, 29 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

## TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 6.750,00  | R\$ 5.062,50  | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.687,50 | R\$ 675,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RR 451-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TIAGO SANTANA DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08179178920198230010.

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190204005

Vítima: TIAGO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), TIAGO SANTANA DA SILVA**

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

|                                                          |              |
|----------------------------------------------------------|--------------|
| Multa:                                                   | R\$ 0,00     |
| Juros:                                                   | R\$ 0,00     |
| Total creditado:                                         | R\$ 1.687,50 |
| Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50% |              |
| Graduação: Em grau leve 25%                              |              |
| % Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%        |              |
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =                  | R\$ 1.687,50 |

Recebedor: TIAGO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023224-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 553.591.152-49 Nome completo da vítima: Tiago Santana da Silva

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

Nome completo: Tiago Santana da Silva CPF: 553.591.752-49

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: ST, 137 Número: 137 Complemento: Casa

Idade: Olimpico Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.300-000

E-mail: ILDIRRR@HOTMAIL.COM Tel (DDD): (95) 99154-9282

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

REDA MENSAL:

☐ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 21273 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Víctima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Víctima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/02/19

Nome: Tiago Santana da Silva

CPF: 553.591.752-49

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tiago Santana da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

OLH RENT      M. Paim

Paciente de trauma em 2<sup>o</sup> (E)  
pt de 47 anos (história recente)  
trauma com supuração em ML.  
Sintomas + insucesso + internação  
p/ investigação

Dr. Marcus Bruner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19171RR



15 MAR. 2019


 Sistema  
Único de  
Saúde

 Ministério  
da  
Saúde

 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

17 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

18 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

19 - CID 10 PRINCIPAL, 20 - CID 10 SECUNDÁRIO, 21 - CID 10 OUTRAS ASSOCIAÇÕES

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

31 - ACIDENTE DE TRABALHO

32 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

36 - CNPJ DA EMPRESA

37 - CNOR

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADOR

41 - AUTODIAGNÓSTICO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ORÇÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - CNPJ (CNS/CPF)

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019  
T068

109-2

Bloco F L - 20

ok

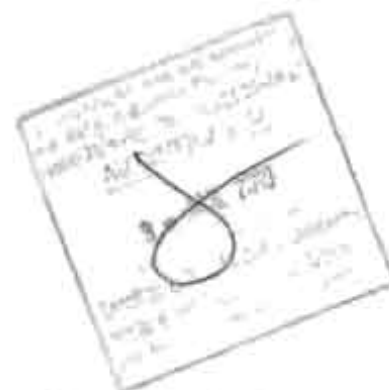


SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
HISTÓRIA CLÍNICA



|                  |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|---------------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                                                                                                            | DIH  |      | Tm         |               |
| PACIENTE         | THIAGO SANTANA DA SILVA                                                                                                                                                                                    |      |      |            |               |
| DIAGNÓSTICO      | 24/02/18                                                                                                                                                                                                   |      |      |            |               |
| ALERGIAS         | HAS                                                                                                                                                                                                        | NEGA | DM2  | NEGA       |               |
| IDADE            | LEITO                                                                                                                                                                                                      |      | DATA | 12/04/2010 |               |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |      |      |            | HORÁRIO       |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |      |      |            | 3 NVS         |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO 2041-500 ml EV 12/12H                                                                                                                                                             |      |      |            | 28            |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                      |      |      |            | 28.06.12      |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                                                                                                                                     |      |      |            | 23.30         |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN                                                                                                                                                                                   |      |      |            | 3 NVS - 08:45 |
| 6                | TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                            |      |      |            | 3N            |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                 |      |      |            | 3N            |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                |      |      |            | 3N            |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                |      |      |            | 3N            |
| 10               | SSVY + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                          |      |      |            | Revisão       |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                                                                                                        |      |      |            | Revisão       |
| 14               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |      |      |            | Revisão       |
| 15               |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
| 16               |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
| 17               |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
| 18               |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
| 19               |                                                                                                                                                                                                            |      |      |            |               |
| 20               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONSUMO DIÁRIO 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |      |      |            |               |

EVOLUÇÃO MÉDICA:



| SINAIS VITAIS | PA     | FC | TA   | Temperatura |
|---------------|--------|----|------|-------------|
| 6 H           | 141/97 | 86 | 36.6 |             |
| 12 H          |        |    |      |             |
| 18 H          |        |    |      |             |
| 24 H          |        |    |      |             |

Denise Ferreira Pinto  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 884.704

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

10h

141

86

36.6

F 14

95

14

Maria Wandercéia Maia  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 473118

15 MAR. 2019

109-2

20

|                                                                                   |                                                                                               |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------|------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                               | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |      |      |            |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                 |                                                                                               |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                  |                                                                                               | DIH                                                                    |      | DN   |            |                                                                                     |
| PACIENTE                                                                          | THIAGO SANTANA DA SILVA                                                                       |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
| DIAGNÓSTICO                                                                       |                                                                                               |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
| ALERGIAS                                                                          | NEGA                                                                                          | HAS                                                                    | NEGA | DM2  | NEGA       |                                                                                     |
| IDADE                                                                             | 25                                                                                            | LEITO                                                                  | L-20 | DATA | 25/02/2018 |                                                                                     |
| ITEM                                                                              | PRESCRIÇÃO                                                                                    |                                                                        |      |      |            | HORÁRIO                                                                             |
| 1                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                                                              |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 2                                                                                 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF0.9%500ML 12/12HS                                                  |                                                                        |      |      |            | 12h 24                                                                              |
| 3                                                                                 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                         |                                                                        |      |      |            | 10h 58 26-12                                                                        |
| 4                                                                                 | TILATIL 20MG EV 12/12H D2                                                                     |                                                                        |      |      |            | 11h 53                                                                              |
| 5                                                                                 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N / SISTEMÁTICO                                                         |                                                                        |      |      |            | SND 16h                                                                             |
| 6                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                 |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 7                                                                                 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                    |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 8                                                                                 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                   |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 9                                                                                 | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                   |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 10                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                             |                                                                        |      |      |            | Rotina                                                                              |
| 12                                                                                | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                             |                                                                        |      |      |            | SND                                                                                 |
| 14                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                                                               |                                                                        |      |      |            | Rotina                                                                              |
| 15                                                                                | GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2                                                                |                                                                        |      |      |            | Suspensão - Dr. Elton Soares                                                        |
| 16                                                                                |                                                                                               |                                                                        |      |      |            | Médico Residente                                                                    |
| 17                                                                                | AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA                                                           |                                                                        |      |      |            | Ortopedia e Traumatologia                                                           |
| 18                                                                                | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                                              |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
| 19                                                                                | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                   |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |
| 20                                                                                | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                        |      |      |            |                                                                                     |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

**NIR**  
 Regulado para leito  
 109-2  
 Regulação Interna

**NIR**  
 Regulado para leito  
 L-20  
 Regulação Interna

3 de Mar 2018

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | FR | Tax  |
|---------------|--------|----|----|------|
| 11h 30H       | 141x94 | 86 | 19 | 36.6 |
| 12H           |        |    |    |      |
| 17 48H        | 132x93 | 88 |    | 37.3 |
| 24H           | 120x70 |    |    |      |

MÉDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPÉDIA E  
 TRAUMATOLOGIA.

20h  
 T. 36.8° PA. 130/84  
 FC 88  
 24h 120x70 36.9

heto. A

### PÓS-ANESTÉSICO

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
"Assistência Permanente aos Brasileiros"

Ortopedia - Histerico

FICHA DE ANESTESIA

Thiago Santana da Silva

Br 03 de março 2018

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

DZP 10mg + FNT 100mcg 60 min 50

10

13

14

15

16

17

AGENTES

LIQUIDOS  
VEHICULOS

DA

X

INSD

O

ANES

X

OP

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

O

ASPIR

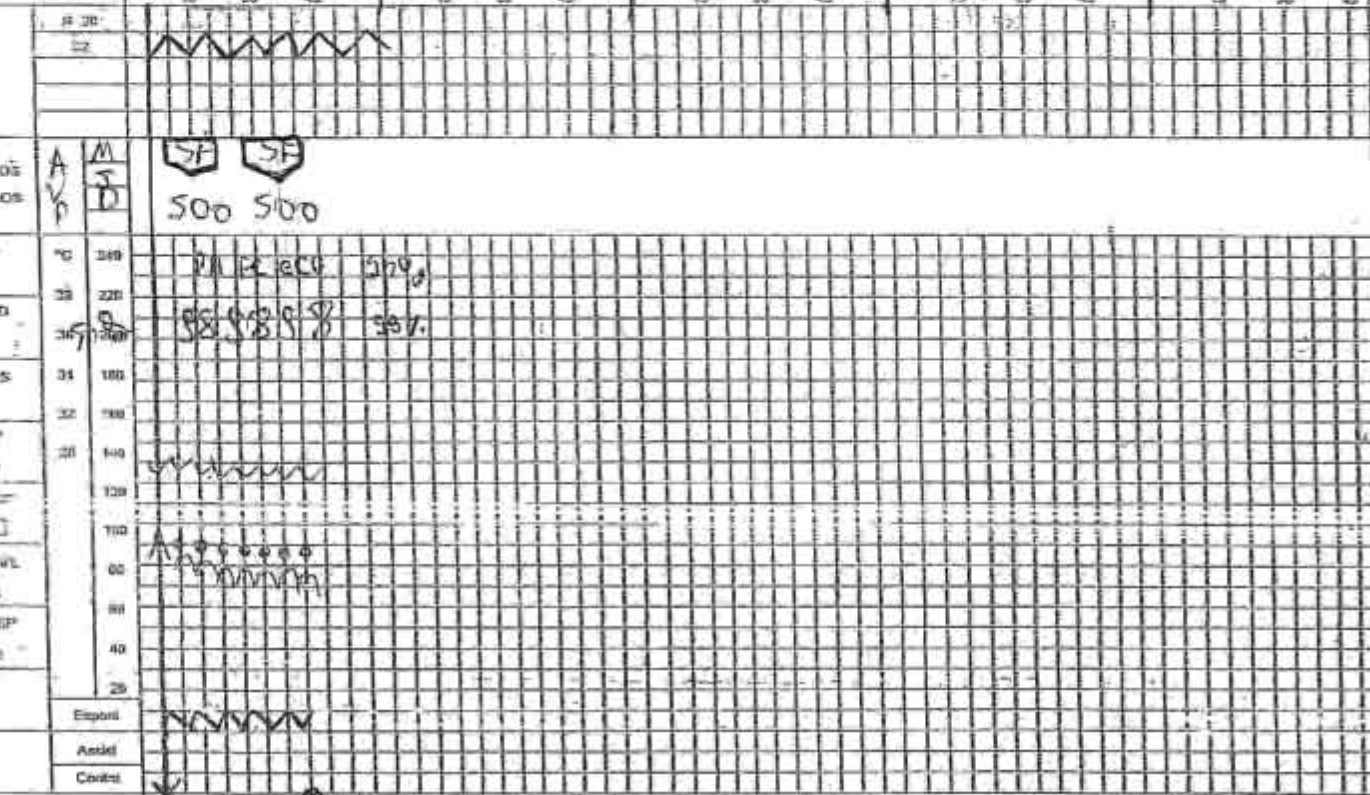
O

ASPIR

O

ASPIR

O



EMBOLOS

AGENTES A miosina 0.5% 12.5 mg

DOSE

TÉCNICA Intubação laríngea

ANOTAÇÕES

B Lidocaine 40 mg

hipotensão

\* Paciente mantido  
Anestesia e intubação da região  
com alcatraz 40%. Colocação de campo  
perforado lateral. Anestesia dos planos  
superficiais e profundo com lido 2% 40mg  
Pacientes de espasmo subaracnóideo entre  
L3-L4 via paravertebral com agulha de  
Quincke 26G. Sólido paralisante de 10mg de  
curar. Líquido claro, normotônico. Faltou  
após a sedação anestésica com  
muscina 0.5% mg. Bloqueio

C

Ventilação espontânea

D

sem o suplementar com

E

cateter nasal 100% 2 l/min

F

G

LIQUIDOS

Código - Nome / Que Parâmetros

RODO

Memo / Descontagem - Carga

SANGUE

Red - Tempo - Diferença de Tempo

SF 0.8%

Solo Mitocondria

TOTAL

Diferença de Tempo

OPERACAO

TEMPO DE ANESTESIA

Antídoto - Espasmo - Espasmo Saco  
Espasmo - Espasmo - Espasmo  
Espasmo - Espasmo - Espasmo

ANESTESIA

CÓDIGO

PERDA SANGUINHA

Dr. Marcelo / Dr. Fabian / Dr. Danielli

Dr. Victor M / Dr. Marcelo

Resistivo e motor rotacional

Dr. Emanuel

Amada

Examinado à SRPA

→ Após análise com ultrassom de imagem verificou-se presença do Tálus com  
exato, optando a equipe cirúrgica pelo tratamento conservador.

15 MAR. 2019

109-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



|                  |                                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               |             |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|----------|--|------|--|---------------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                               | DIH                     |  | 29/03/18 |  | DN   |  | 16/11/81      |             |
| PACIENTE         |                                                                                                                               | Thiago Santana da Silva |  |          |  |      |  |               |             |
| DIAGNÓSTICO      |                                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| ALERGIAS         |                                                                                                                               | HAS                     |  | NEGA     |  | DM2  |  | NEGA 03/03/18 |             |
| IDADE            |                                                                                                                               | LEITO                   |  | 304-1    |  | DATA |  | 03/03/2018    |             |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                    |                         |  |          |  |      |  |               | HORÁRIO     |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                              |                         |  |          |  |      |  |               | live        |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                                                      |                         |  |          |  |      |  |               | /manhã      |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                         |                         |  |          |  |      |  |               | 10-24/03-12 |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                                                        |                         |  |          |  |      |  |               | 24-12-24    |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN                                                                                                      |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 6                | TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                               |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                    |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                                                   |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                   |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                             |                         |  |          |  |      |  |               | verificar   |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                           |                         |  |          |  |      |  |               | SN          |
| 14               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               | Realizar    |
| 15               |                                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| 16               |                                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| 17               |                                                                                                                               |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| 18               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).                                                                              |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| 19               | CONFORME ESQUEMA: 200-250 210-250 250-300 301-350: 5UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML |                         |  |          |  |      |  |               |             |
| 20               | EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                       |                         |  |          |  |      |  |               |             |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Tc de p<sup>o</sup> 1 tornozelo E (03/03/18 - Solicitado)  
 Em tempo: Paciente em progressão  
 clínica no 2<sup>o</sup> dia de hospitalização  
 Para melhor avaliação de diâmetro fratura  
 em M.I.E. do Glco com Pódo de tornozelo.

| SINAIS VITAIS | de     | de | tornozelo |
|---------------|--------|----|-----------|
| 6 H           | 150/70 | 78 | 36,5      |
| 12 H          | 140/60 | 70 |           |
| 18 H          | 90x60  | 70 |           |
| 24 H          | 150/80 | 70 |           |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*[Assinatura]*



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



109-1

|                  |                                                                                                                                                           |                |  |          |         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|----------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                                                           | DIH            |  | DN       |         |
| PACIENTE         |                                                                                                                                                           | Thiago Taulino |  | 03/03/18 |         |
| DIAGNÓSTICO      |                                                                                                                                                           |                |  |          |         |
| ALERGIAS         |                                                                                                                                                           | HAS            |  | NEGA     |         |
| IDADE            |                                                                                                                                                           | LEITO          |  | DM2      |         |
| ITEM             |                                                                                                                                                           | PRESCRIÇÃO     |  |          | HORÁRIO |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                          |                |  |          |         |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                                                                                  |                |  |          |         |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                     |                |  |          |         |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                                                                                    |                |  |          |         |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN                                                                                                                                  |                |  |          |         |
| 6                | TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                           |                |  |          |         |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                |                |  |          |         |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                                                                               |                |  |          |         |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                               |                |  |          |         |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                         |                |  |          |         |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                         |                |  |          |         |
| 14               | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                           |                |  |          |         |
| 16               |                                                                                                                                                           |                |  |          |         |
| 18               |                                                                                                                                                           |                |  |          |         |
| 19               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).                                                                                                          |                |  |          |         |
| 20               | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                |  |          |         |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Tc de p<sup>o</sup> 1 tornozelo E (03/03/18 - plantão di)

Em exame físico: não há sinais de infecção

Observa-se no local de corte que há perfuração

Pela avaliação visualizada do local de intervenção

em p<sup>o</sup> 1 E. com o uso de curativo.

| SINAIS VITAIS | 06h | 12h | 18h | 24h |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| 6 H           |     |     |     |     |
| 12 H          |     |     |     |     |
| 18 H          |     |     |     |     |
| 24 H          |     |     |     |     |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*[Handwritten signature]*





15 MAR. 2019

BOLETA OPERATÓRIA

BOLETA DE CIRCULACAO

Data: 06.03.19.

OS

Tiago Santana da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA DE TARSUS ESQUERDO.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: OSTEOSÍNTESE DE FRACTURA DE TARSUS

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIÃO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: /

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo.

CIRURGIÃO: DR. ALBERTO GONCALVES 1ª AUXILIAR: DR. VITOR PINHEIRO

2ª AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3ª AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Posiciona em DRA 300 e início da anestesia
- 2) ASSESSIA, ANTISSEPTICA E COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRÚRGICO
- 3) REDUÇÃO IMEDIATA DA FRACTURA DE TARSUS + FIXAÇÃO COM FIXADOR (300) BILATERAL/SUPERIOR + FIO DE KIRSCHNER 2.0/2.5mm com AUXÍLIO DE INTENSIFICAÇÃO DE IMAGENS
- 4) CURATIVO

Dr. Alberto Goncalves de Sousa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1635  
RQE 610

Vitor Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1635  
RQE 610



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Secretaria de Saúde

15 MAR. 2019

FICHA DE ANESTESIA

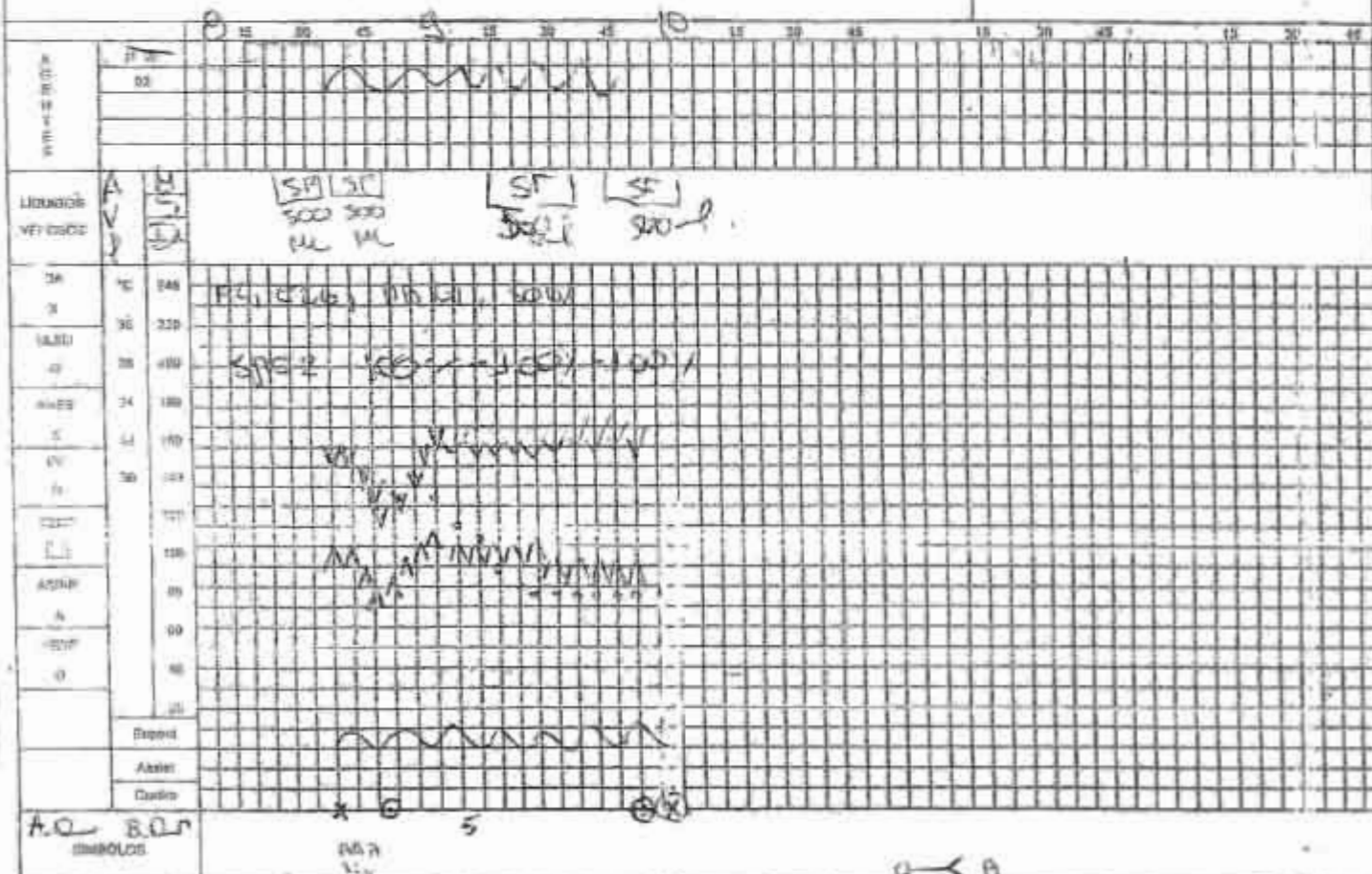
THINGS SANTANA DA SILVA

RAI LIMA - RR

PRE-MEDICAÇÃO - DOSE - HORAS - BREVE

- midazolam 5mg
- Fentanyl 100 mcg

06.03.18



| ANESTESIA                             | DOSES            | TÉCNICA                          | ANOTAÇÕES                         |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| A Propofol 12,5 mg                    |                  | Propofol 12,5 mg                 | 6 mg/kg                           |
| B                                     |                  | Sufentanil 50 mcg                | 1 mg/kg                           |
| C                                     |                  | Midazolam 5 mg                   | 1 mg/kg                           |
| D                                     |                  | Neostigmina 1 mg                 | 1 mg/kg                           |
| E                                     |                  |                                  |                                   |
| F                                     |                  |                                  |                                   |
| G                                     |                  |                                  |                                   |
| BLINDADO                              | DOSES            | CLIQUE - HORA / CEM FOLHAS       | CLIQUE 70 -                       |
| TRAT                                  | SP 0,5 C 3000 ml | HORA / DISTRIBUIÇÃO - CEM        | 1 - punção com AG 26G com         |
| TRAT                                  |                  | Ref. - Temp. - Sufentanil 50 mcg | expos 13-14, em linha / midazolam |
|                                       |                  | Sub. Midazolam                   | 3 mg/kg no Propofol 12,5 mg       |
|                                       |                  | Difusão da Técnica               | com Sufentanil 50 mcg             |
| TEMP                                  | 2000 ml          | TEMPO DE ANESTESIA               |                                   |
| TEMP                                  |                  | 0 35 24 9 50                     |                                   |
| Osteossíntese de fratura de tibia (E) |                  |                                  |                                   |
| Colégio - Hospital - Serviço - Sala   |                  |                                  |                                   |
| Resumo - Anestesi                     |                  |                                  |                                   |
| Resumo - Anestesi                     |                  |                                  |                                   |

ANESTESIA DO FOLIO DO ANESTESIA

DR. FOLIO DO ANESTESIA

DR. MONTELLA RA

DR. SUELA RA

DR. VICTOR P.

Dr. Alexandre M. Ribeiro  
Anestesiologista  
CRM 300

4 - Midazolam 10 mg  
5 - Propofol 40 mg IV

15 MAR 2019  
9 h 15 min



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATOS MÉDICOS, ENFERMEIRAGEM, FISIOTERAPIA, FARMACOLOGIA, E OUTROS

|                                                                                 |                             |                                       |                            |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                             | APT DO LEITO                          | Nº DO PRONTUÁRIO           | DATA                           |
| RAGO SANTANA DA SILVA                                                           |                             | 309-1                                 |                            | 06 / 03 / 2019                 |
| CIRURGIA                                                                        |                             |                                       |                            |                                |
| TIPO                                                                            |                             | TEMPO DE DURAÇÃO                      |                            |                                |
| Ulceração de tornozelo (E)                                                      |                             | INICIO                                | FIM                        | TEMPO TOTAL                    |
|                                                                                 |                             | 08:51                                 | 9:50                       |                                |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                             |                                       |                            |                                |
| CIRURGIÃO                                                                       | ANESTESISTA:                |                                       | J. FABIAN                  |                                |
| 1º AUXILIAR                                                                     | RES. ANESTESIA:             |                                       |                            |                                |
| 2º AUXILIAR                                                                     | INSTRUMENTADOR              |                                       |                            |                                |
| Vitor PARACAT                                                                   |                             | CIRCULANTE                            |                            |                                |
| Elber (R)                                                                       |                             | J. FABIAN                             |                            |                                |
| TIPO DE ANESTESIA: Torax                                                        |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:                     |                            |                                |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR                                 | QUANT                      | MEDICAMENTOS                   |
| 1                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                                       | 1                          | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO Real |
| 1                                                                               | PACOTES GAZE                |                                       | 1                          | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO   |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.0            |                                       |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO        |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 8.0            |                                       |                            | FIO VICRYL N°                  |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0            |                                       |                            | FIO MONONYLON N°               |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5            |                                       |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°      |
|                                                                                 | LÂMINA BISTURIN°            |                                       |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°      |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO N°           |                                       |                            | FIO CATGUT SIMPLES N°          |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX N°           |                                       |                            | FIO CATGUT CROMADO N°          |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE N°         |                                       |                            | FIO PROLENE N°                 |
| 1                                                                               | SERINGA 01ML                |                                       |                            | FIO SEDA N°                    |
| 1                                                                               | SERINGA 03ML                |                                       |                            | SURGICEL                       |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML               |                                       |                            | CERA P/ OSO                    |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML                |                                       | 60ml                       | KIT CATARATAN°                 |
| 1                                                                               | SERINGA 20ML                |                                       | 60ml                       | GEOFOAM unipac de Dep.         |
| 1                                                                               | Luvas de látex              |                                       | 60ml                       | FITA CARDIACA Gorrão Alem      |
|                                                                                 |                             |                                       |                            | OUTROS: Mercal 70%             |
| 2 frascos de 300                                                                |                             |                                       |                            |                                |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             |                                       | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE            | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                            |                                |
|                                                                                 | - BOWEN                     | SUB-TOTAL                             |                            |                                |
|                                                                                 | - DILENE                    | TAXA DE SALA                          |                            |                                |
|                                                                                 | - SUELEN                    | TAXA DE ANESTESIA                     |                            |                                |
| FUNCIONÁRIOS/ALCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA          | SOMA                                  |                            |                                |
|                                                                                 |                             | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                            |                                |

Angella P. L. Farias  
Téc. em Enfermagem  
COREN/RR 003.917

15 MAR. 2019

15 MAR. 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DE

EX:

|             |                                                                                           |       |            |      |                   |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------|-------------------|
| PACIENTE    | <i>Francisco Antônio de Jesus</i>                                                         |       |            |      |                   |
| DIAGNÓSTICO | <i>Fratura de fêmur do membro inferior direito</i>                                        |       |            |      |                   |
| ALERGIAS    | <i>neg</i>                                                                                | HAS   | NEGA       | DM2  | NEGA              |
| IDADE       | <i>25</i>                                                                                 | LEITO | <i>101</i> | DATA | <i>6/03/18</i>    |
| ITEM        | PRESCRIÇÃO                                                                                |       |            |      | HORARIO           |
| 1           | DIETA ORAL LIVRE                                                                          |       |            |      | <i>24h</i>        |
| 2           | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                  |       |            |      | <i>10/10/2018</i> |
| 3           | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                     |       |            |      | <i>10/10/2018</i> |
| 4           | TILATIL 20MG EV 12/12H                                                                    |       |            |      | <i>10/10/2018</i> |
| 5           | DIPIRONA 2ML EV 6/6HS S/N                                                                 |       |            |      | <i>10/10/2018</i> |
| 6           | TRAMAL 100MG+100ml SF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                          |       |            |      |                   |
| 7           | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                |       |            |      |                   |
| 8           | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                               |       |            |      |                   |
| 9           | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                               |       |            |      |                   |
| 10          | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                         |       |            |      |                   |
| 12          | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                       |       |            |      |                   |
| 14          | CURATIVO DIÁRIO                                                                           |       |            |      |                   |
| 15          |                                                                                           |       |            |      |                   |
| 16          |                                                                                           |       |            |      |                   |
| 17          |                                                                                           |       |            |      |                   |
| 18          | SE DIABÉTICO CORPEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).                                          |       |            |      |                   |
| 19          | 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                                               |       |            |      |                   |
| 20          | 400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |            |      |                   |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Por ap de fêmur bilat.*



| SINAIS VITAIS | P.A.   | FC | TA | TA   |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | 150x90 | 78 |    |      |
| 12 H          | 150x90 | 90 | 20 |      |
| 18 H          | 146x82 | 82 | 20 | 36,1 |
| 24 H          | 142x81 | 75 |    |      |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Isaquieli Lima Silva  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 676.894-11

*10:40 PET RETOR no DO C.C.*  
*12h PET ORIENTADO, 90g de S.O.*

Isaquieli Lima Silva

509-i

|                                                                                   |                                      |  |                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |  |  |  |
|                                                                                   | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |  |                                                                                    |                                                                                     |
|                                                                                   | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |                                                                                    |                                                                                     |
|                                                                                   | PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |  |                                                                                    |                                                                                     |

|                  |           |     |  |    |            |
|------------------|-----------|-----|--|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 24/2/2018 | DIH |  | DN | 16/11/1992 |
|------------------|-----------|-----|--|----|------------|

|          |                         |  |  |  |  |
|----------|-------------------------|--|--|--|--|
| PACIENTE | THIAGO SANTANA DA SILVA |  |  |  |  |
|----------|-------------------------|--|--|--|--|

|         |          |  |  |  |  |
|---------|----------|--|--|--|--|
| AGNÓSTI | FX TNZ E |  |  |  |  |
|---------|----------|--|--|--|--|

|          |  |     |     |     |     |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|
| ALERGIAS |  | HAS | SIM | DM2 | SIM |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|

|       |    |       |       |  |          |
|-------|----|-------|-------|--|----------|
| IDADE | 25 | LEITO | 109-2 |  | 6/3/2018 |
|-------|----|-------|-------|--|----------|

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|------------|---------|
|------|------------|---------|

|   |                                     |    |
|---|-------------------------------------|----|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE - ZERO APÓS AS 22H | 5h |
|---|-------------------------------------|----|

|   |                        |     |
|---|------------------------|-----|
| 2 | SFO,9% 500ML EV 12/12h | 15h |
|---|------------------------|-----|

|   |                             |     |
|---|-----------------------------|-----|
| 4 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA | 15h |
|---|-----------------------------|-----|

|   |                                 |    |
|---|---------------------------------|----|
| 5 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | 5h |
|---|---------------------------------|----|

|   |                                    |    |
|---|------------------------------------|----|
| 7 | OMEPRAZOL 40MG EV OU VO PELA MANHA | 8h |
|---|------------------------------------|----|

|   |                         |     |
|---|-------------------------|-----|
| 8 | DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H | 12h |
|---|-------------------------|-----|

|   |                                                     |     |
|---|-----------------------------------------------------|-----|
| 9 | TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 20 GTS VO DE 8/8H | 14h |
|---|-----------------------------------------------------|-----|

|    |                                                     |  |
|----|-----------------------------------------------------|--|
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |  |
|----|-----------------------------------------------------|--|

|    |                   |     |
|----|-------------------|-----|
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | 15h |
|----|-------------------|-----|

|    |                 |  |
|----|-----------------|--|
| 12 | CURATIVO DIÁRIO |  |
|----|-----------------|--|

|    |                          |     |
|----|--------------------------|-----|
| 13 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H | 12h |
|----|--------------------------|-----|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 17 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 18 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 19 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 20 |  |  |
|----|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Tatiana Gonçalves da Silva ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 31 / 02 / 12, COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura do Tornozelo

NO DIA 06 / 03 / 12, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Ortossintese da fratura do tornozelo SENDO

OPERADO PELO DR. Victor Pimentel E DR. Victor Pimentel

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 15 / 03 / 12, ÀS 11:40, EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 16 / 03 / 12, ÀS 13:00, COM

DR. Victor Pimentel

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO

BOA VISTA, 17 / 03 / 12

Victor Pimentel  
Médico Ortopedista  
15/03/2012

MÉDICO



E

55.4 %

, THIAGO SANTANA DA SILVA

24/2/2018 20:02:53

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



E

55.5 %

24/2/2018 20:02:53



72,2 %

24/2/2018 20:02:53

, THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC ELOIZA



53,2 %

24/2/2018 20:02:53

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3305 - AEROPORTO

WAC  
Mr. Edwin M. Belmont  
The New England  
CORE-RR 954 104/7E

~~1670-1810~~

KL

10

100

100

1

1

32

22 FEB. 2019

|     |                        |                     |                                               |
|-----|------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|-----|------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|

|                                                  |  |          |  |
|--------------------------------------------------|--|----------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE        |  | 2 - DIES |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR   |  | 3 - DIES |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXERCITANTE |  | 4 - DIES |  |

|                                    |  |                                 |  |
|------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE          |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO            |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE               |  | 92097                           |  |
| 7 - IDADIA NACIONAL DE SAÚDE       |  | 8 - SEXO                        |  |
| 819810151214151518131514           |  | m                               |  |
| 9 - DATA DE NASCIMENTO             |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO        |  |
| 16/11/1992                         |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO        |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) |  |
| Cláudia Cristina Sant'Anna         |  |                                 |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA       |  | 14 - CDD. ISSUE MUNICÍPIO       |  |
|                                    |  | 15 - UF                         |  |
|                                    |  | 16 - CEP                        |  |

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                         |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                          |  |
| Operado há 4 meses pelo Dr. Alberto Agostini, 1 Volume, Flegos Pe @ |  |

|                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |
| Rex                                                                                 |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |
| Osteomielite Pe @                                                                   |  |
| 20 - CID 10 PRIMÁRIO                                                                |  |
| 21 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                              |  |
| 22 - CID 10 TERCIÁRIO                                                               |  |

|                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                         |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                       |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                     |  |
| 26 - CLÍNICA                                                    |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                      |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                  |  |
| 29 - DOCUMENTO (CONSULTA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSINANTE                 |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                        |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)          |  |

|                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                      |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO                                 |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                              |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                        |  |
| 37 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 38 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 39 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 40 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 41 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 42 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 43 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 44 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 45 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 46 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 47 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 48 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 49 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 50 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 51 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 52 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 53 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 54 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 55 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 56 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 57 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 58 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 59 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 60 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 61 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 62 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 63 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 64 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 65 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 66 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 67 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 68 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 69 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 70 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 71 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 72 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 73 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 74 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 75 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 76 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 77 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 78 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 79 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 80 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 81 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 82 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 83 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 84 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 85 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 86 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 87 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 88 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 89 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 90 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 91 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 92 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 93 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 94 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 95 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 96 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 97 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 98 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 99 - CNPJ DO EMPREGADOR                                        |  |
| 100 - CNPJ DO EMPREGADOR                                       |  |

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| AUTORIZAÇÃO                                      |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR            |  |
| 44 - CDD. CDDO EMPREGADOR                        |  |
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 0303090366                                       |  |
| M861                                             |  |
| 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 57 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 59 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 60 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 63 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 65 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 66 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 68 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 69 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 71 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 72 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 74 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 75 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 77 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 78 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 80 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 81 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 83 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 84 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 86 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 87 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 89 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 90 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 92 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 93 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 95 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 96 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 98 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 99 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  |  |
| 100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |



### IMPACT OF PATIENTS

PROPERTY OWNERS HAVE TO COMPLY

LEITO

[illegible]

401.5

**PRESCRIȚIA DIARIN**

[illegible]

22 FEV. 2019



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CDS

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAT A- TUBS @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DO LUNAR

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

TRAT A- TUBS @

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CHISCP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (ºº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ALBUNDA F

17/10/18

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - GÊNERO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÉCNICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CDSR

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFEGO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[ ] EMPREGADO

[ ] EMPREGADOR

[ ] AUTÔNOMO

[ ] DESAMPLIFICADO

[ ] APOSENTADO

[ ] NÃO SETADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORÇÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CHISCP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

[ ] CNS

[ ] CPF

0408050560  
5921  
12499

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (ºº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

22 FEV. 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.04.18 OS: 02

TH1860  
Surgimento de  
SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRAT DE TOLUS

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

MALZONDO

1º AUXILIAR:

MILTON PIMENTA

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Resumo do material do  
sintoma do TOLUS (E)

(A) Análise em relação ao nível  
médico.

(B) Análise e avaliação

(C) Resumo do material do  
sintoma do TOLUS (E)





GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ  
"Iniciativa Privada para o Paraná"

22 FEV. 2019  
17/04/18

FICHA DE ANESTESIA

Thiago Santana da Silva

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO |                                  | 17        |                                             |
|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------|
| 20h                                          |                                  | 21h       |                                             |
| AGENTES                                      |                                  |           |                                             |
| LESÕES VENCIDAS                              |                                  |           |                                             |
| DA                                           | 10                               | 200       | 1000                                        |
| ALDO                                         | 20                               | 220       |                                             |
| IS                                           | 30                               | 200       |                                             |
| RES                                          | 40                               | 180       |                                             |
| E                                            | 50                               | 160       |                                             |
| OP                                           | 60                               | 140       |                                             |
| U                                            | 70                               | 120       |                                             |
| ADIAL                                        | 80                               | 100       |                                             |
| A                                            | 90                               | 80        |                                             |
| RESM                                         | 100                              | 60        |                                             |
| D                                            | 110                              | 40        |                                             |
| Export                                       | 120                              | 20        |                                             |
| Anal                                         | 130                              | 10        |                                             |
| Cont                                         | 140                              | 0         |                                             |
| SÍMBOLOS                                     |                                  |           |                                             |
| ANESTÉSICO                                   | 100 mg                           | TECNICA   | ANESTESIA GERAL VENOSA                      |
| II                                           | midazolam 5 mg                   |           | Ventilação Espontânea                       |
| III                                          |                                  |           |                                             |
| IV                                           |                                  |           |                                             |
| V                                            |                                  |           |                                             |
| VI                                           |                                  |           |                                             |
| VII                                          |                                  |           |                                             |
| VIII                                         |                                  |           |                                             |
| GLUCOSE                                      | 100 mg                           |           |                                             |
| INSULINA                                     | 100 mg                           |           |                                             |
| SANGUE                                       | 100 mg                           |           |                                             |
| TOTAL                                        | 300 mg                           |           |                                             |
| DESCRIÇÃO                                    | Retirada material sintese R1 (E) |           |                                             |
| ANESTESIA                                    | Dr. Bruno                        | CRIOLOGIA | Dr. Alberto / V. T. / P. T. / P. T. / P. T. |

Bruno Thiago C. P. P.  
MÉDICO  
CRM-PR 1325



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

22 FEV. 2019

2500

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| NOME DO PACIENTE       | APT DO LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA     |
|------------------------|--------------|------------------|----------|
| Tiago Santana da Silva |              |                  | 17/10/18 |

| CIRURGIA                           |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO                               | TEMPO DE DURAÇÃO                      |
| Refinada de Material H.F. Especial | INICIO: 09:30 FIM: 20:30 TEMPO TOTAL: |

| EQUIPE MÉDICA |                  |
|---------------|------------------|
| CIRURGIÃO     | ANESTESISTA:     |
| Dr. Alberto   | Dr. Bruno        |
| 1º AUXILIAR   | RES. ANESTESIA:  |
|               | INSTRUMENTADOR   |
| 2º AUXILIAR   | CIRCULANTE       |
|               | Hilma + Elizalva |

| TIPO DE ANESTESIA: Sedação |                                |       | TEMPO DE DURAÇÃO: |                              |       |
|----------------------------|--------------------------------|-------|-------------------|------------------------------|-------|
| QUANT.                     | MATERIAIS                      | VALOR | QUANT.            | MEDICAMENTOS                 | VALOR |
| 1                          | 1 PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID. |       |                   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    |       |
|                            | PACOTES GAZE                   |       |                   | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |       |
|                            | LUVA ESTERIL 7.0               |       |                   | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |       |
|                            | LUVA ESTERIL 7.5               |       |                   | FIO VICRYL Nº                |       |
|                            | LUVA ESTERIL 8.0               |       |                   | FIO MONONYLON Nº             |       |
|                            | LUVA ESTERIL 8.5               |       |                   | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |       |
|                            | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS         |       |                   | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |       |
|                            | LÂMINA BISTURI Nº              |       |                   | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |       |
|                            | DRENO DE SUÇÃO Nº              |       |                   | FIO CATGUT CROMADO Nº        |       |
|                            | DRENO DE TÓRAX Nº              |       |                   | FIO PROLENE Nº               |       |
|                            | DRENO DE PEN ROSE Nº           |       |                   | FIO SEDA Nº                  |       |
|                            | SERINGA 01ML                   |       |                   | SURGICEL                     |       |
|                            | SERINGA 03ML                   |       |                   | CERA P/ OSSO                 |       |
|                            | SERINGA 05 ML                  |       |                   | KIT CATARATANº               |       |
|                            | SERINGA 10 ML                  |       |                   | GEOFOAM                      |       |
|                            | SERINGA 20 ML                  |       |                   | FITA CARDIACA                |       |
|                            |                                |       |                   | OUTROS:                      |       |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |  | VALOR |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--|-------|
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE   | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |  |       |
|                                                                                 | Emilly + Simone    | SUB-TOTAL                             |  |       |
| FUNCIÁRIO/CÁLCULOS                                                              | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA                          |  |       |
|                                                                                 | Hilma + Elizalva   | TAXA DE ANESTESIA                     |  |       |
|                                                                                 |                    | SOMA                                  |  |       |
|                                                                                 |                    | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |  |       |

**SAS - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

CENTRO CIRÚRGICO/SARPA

[illegible]

PAULINE WILSON, FRANK WILSON

چند

**Pharmaceuticals**

ESMS +  
FSA, MAFSA + L2017L219

7. *How do you feel about the results?*

**X** **W**

2. *Angiosperm* 1. *Caryophyllales*

1000

wehrgesetz

[illegible]

68  
Wick  
10/10/10

68  
Mick

1000

1000

MEAL

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOP. VOLUME - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAR-PAE - PA/2011

| TRANSOPERATÓRIO                                                                                                              |                       |                     |                     |                                                                                                                                                                                  | SRPA                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| Entrada no<br>Sala                                                                                                           | Início da<br>Cirurgia | Início<br>Anestesia | Término<br>Cirurgia | Saída S.O.                                                                                                                                                                       | Cirurgia<br>Realizada               | Anestesia |
| 20.10.2020                                                                                                                   | 20.20                 | 20.15               | 20.30               | 20.35                                                                                                                                                                            | FMS + Fricção + Limpeza + Anestesia |           |
| Cirurgia Realizada: Anestesia<br>FMS + Fricção + Limpeza + Anestesia                                                         |                       |                     |                     | Saída Vital: 20.35<br>20.35 1330 1330 1330                                                                                                                                       |                                     |           |
| Nome: <u>David</u><br>Hemodinâmica: <u>—</u><br>CH: <u>—</u><br>Placenta: <u>—</u><br>Placenta: <u>—</u><br>Outros: <u>—</u> |                       |                     |                     | N.º de compressas aplicadas: <u>—</u><br>N.º de electrolitos (resolvidos): <u>—</u><br>Sonda: <u>—</u><br>1. Sonda<br>2. Queixo<br>3. Direito<br>4. Acaso<br>5. Outros: <u>—</u> |                                     |           |
| Sinais Vitais: T: <u>78</u> bpm<br>SA: <u>100</u> mmHg<br>FC: <u>100</u> bpm<br>PA: <u>131/81</u> mmHg                       |                       |                     |                     | Balanço Líquido<br>EV: <u>—</u> NV: <u>—</u> CH: <u>—</u> ING: <u>—</u> Cero: <u>—</u> Diurise: <u>—</u> SNG: <u>—</u> Outros: <u>—</u>                                          |                                     |           |
| Legendas:<br>1. Sonda<br>2. Queixo<br>3. Direito<br>4. Acaso<br>5. Outros: <u>—</u>                                          |                       |                     |                     | Saída: <u>—</u>                                                                                                                                                                  |                                     |           |

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

401.5

~~CONFIDENTIAL~~  
~~COPY FOR NO. 100~~

H: 00201747

22 FEV. 2010



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Thiago Santana da Silva ANOS.  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 24 / 02 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Tala (T)

NO DIA 06 / 03 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese de Fratura de Tala (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Ademir Fumera E DR. Victor Pavarot

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 03 / 18, AS 11:40, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 16 / 03 / 18, ÀS 13:00, COM O  
DR. Victor Pavarot

08/03

07:30

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DE

Fernando Rezende  
CRM 10.127

BOA VISTA 07 / 03 / 18

MÉDICO

22 FEV. 2010

22 FEV. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

DOENTE: Thiago Santana Da Silva 25 ANOS,  
J. ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 19 / 04 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Ortossinostose de M. (E)

NO DIA 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
RMS de pun. K + Tto ligam. de tornozelo de (E) SENDO  
OPERADO PELO DR. Dr. Alberto F E DR. Patric Ribeiro

DEBEE ALTA HOSPITALAR NO DIA 19 / 04 / 18 ÀS 10:00h EM  
BEM-ESTAR GERAL SEM QUEIXAS ALGUMAS.

RECOMENDANDO-SE A CONTINUAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
GONCALVES MOTA NO DIA 08 / 05 / 18 ÀS 14:00h COM O  
DR. Dr. Alberto Figueira

Seguir 60 dias de afastamento do trabalho, e curativo  
do membro operado

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

DOENTE REQUER ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Thiago Muniz  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2009

DA VISTA 18 / 04 / 18



E



57,0 %

, THIAGO SANTANA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

5/3/2018 08:47:46

BLOCO - A / 109-2

TEC. JACKSON

61,6 %

5/3/2018 08:47:46



E



61.9 %

, THIAGO SANTANA

5/3/2018 08:47:46

69.5 %

BLOCO - A / 109-2

5/3/2018 08:47:46

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. JACKSON



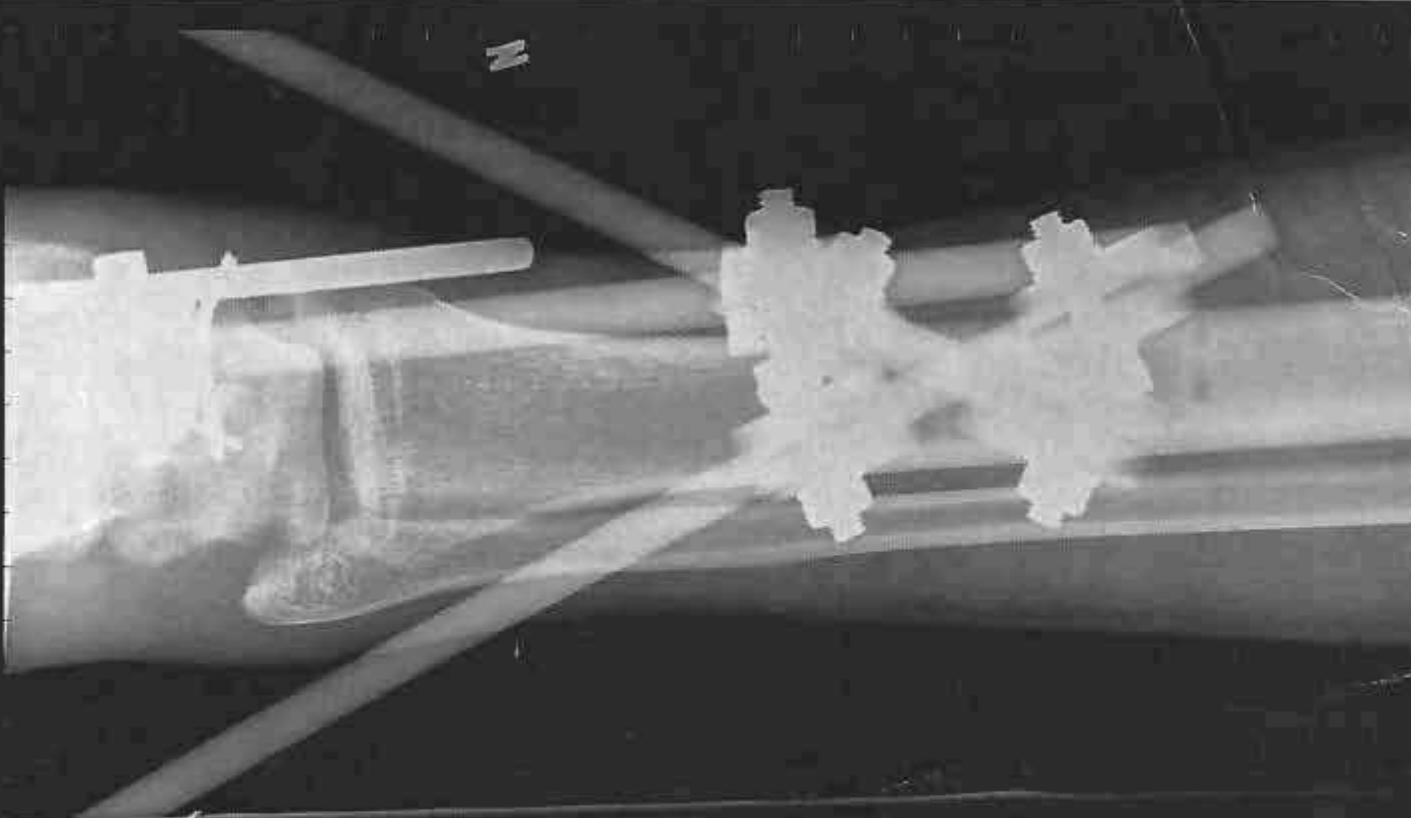
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

FLAEGO SANTANA DA SILVA 21/03/2018

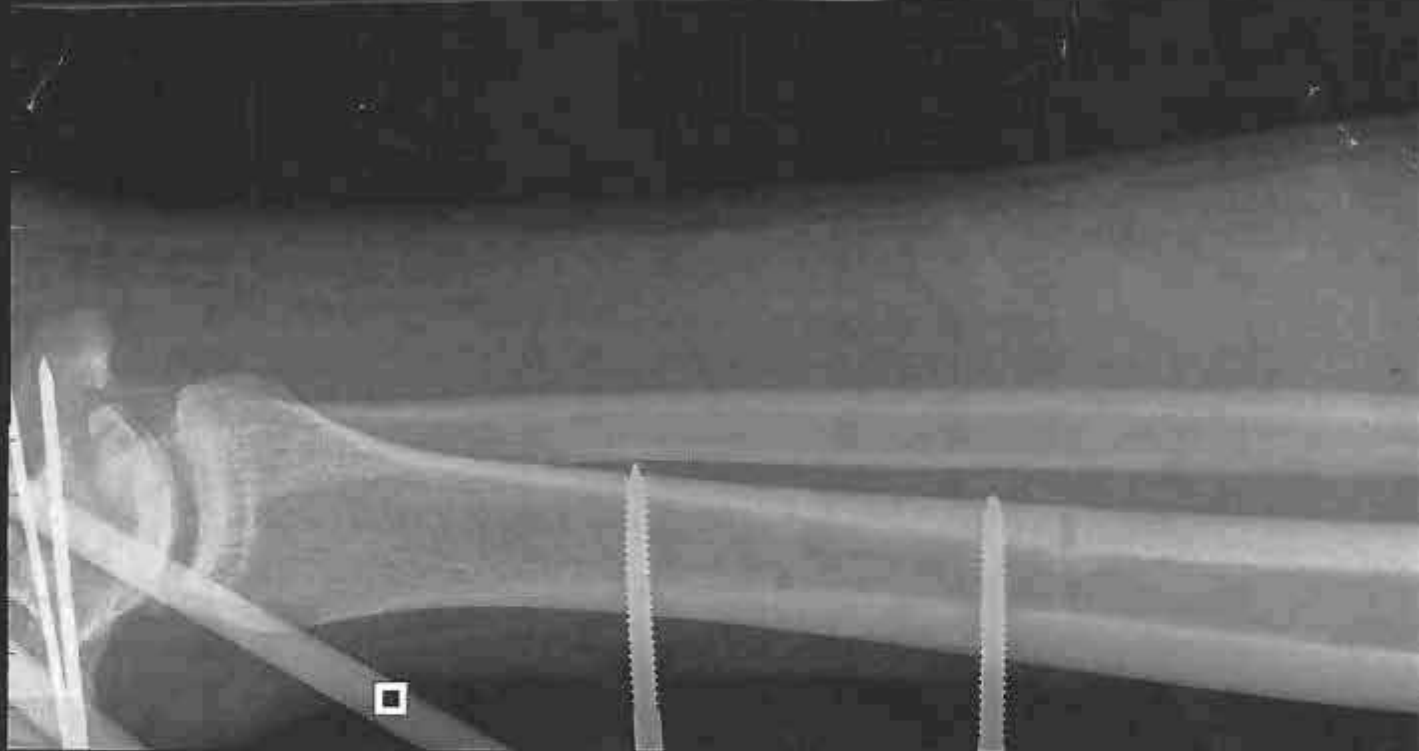
D/N 16/11/1993

63,0 %

MEMBROS INFE



E



□

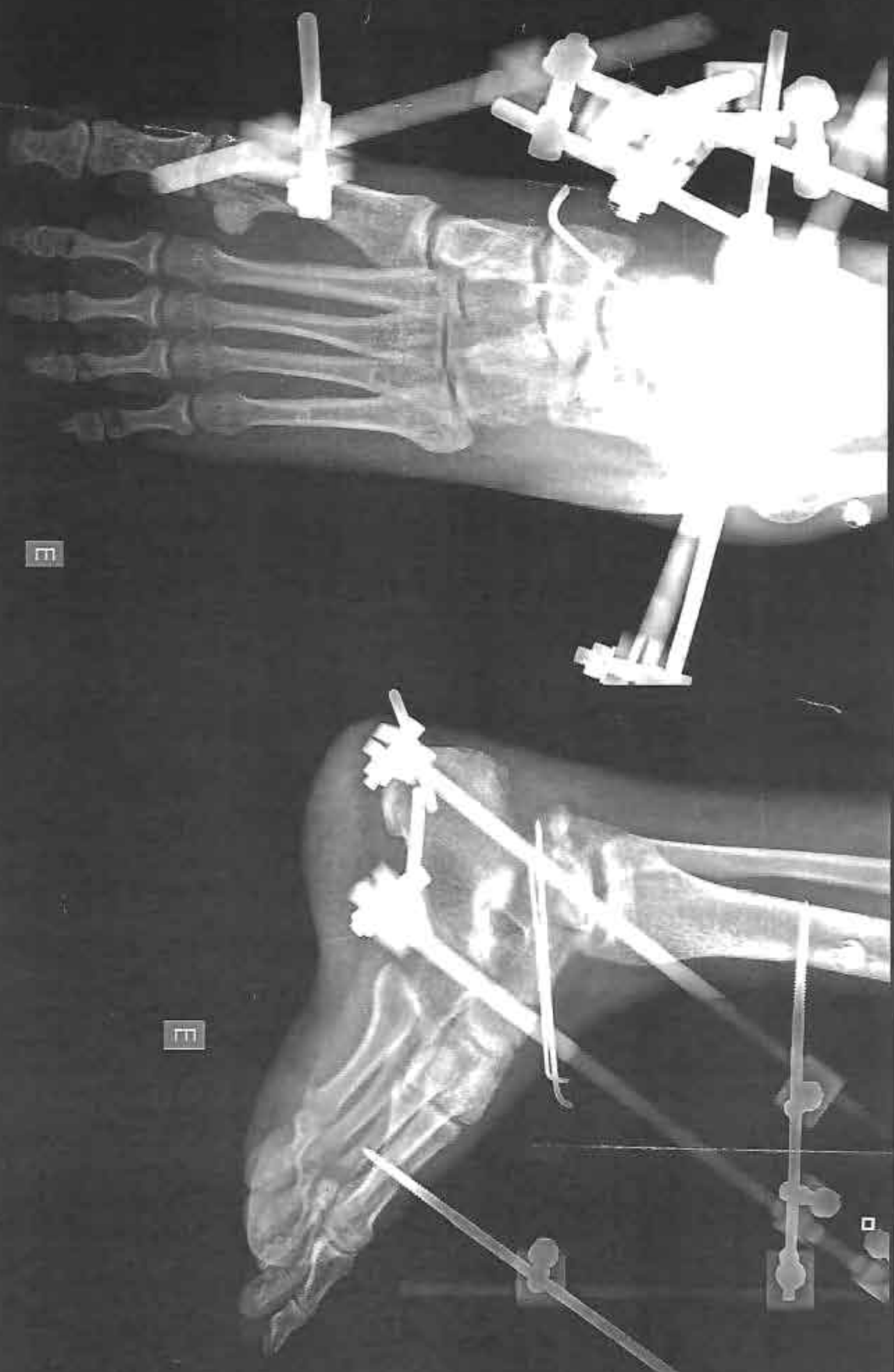
PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 4097/25ANOS

TIAGO SANTANA DA SILVA 21/03/2018

D/N 16/11/1993

68,1 %

MEMBROS INFE



E

E

57.3 %

11/4/2018 17:12:40

36.2 %

11/4/2018 17:12:40

, THIAGO SANTANA DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME

PRIMEIRO TIPO, SINTOMA DA SÍNDROME



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000



CI 300  
MI 3000





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010297/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 10:07 Data/Hora Fim: 14/03/2019 10:08  
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegário Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 24/02/2018 16:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Bairro: zona rural

Lugradouro: Estrada Vicinal 10 - campos novos

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                        | Meio(s) Empregado(s) |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito         | Não Houve            |
| 1101: Perda ou extravio - Documento e/ou objeto | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

|                                                   |                              |                 |                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------|
| Nome Civil: TIAGO SANTANA DA SILVA (COMUNICANTE ) |                              |                 |                  |
| Nacionalidade: Brasileira                         | Naturalidade: PA - Rurópolis | Sexo: Masculino | Nasc: 16/11/1992 |
| Profissão: Pedreiro                               |                              |                 |                  |
| Nome da Mãe: Claudia Cristina Santana Maciel      |                              |                 |                  |

Endereço

Município: Boa Vista - RR:

Lugradouro: rua Jt

Nº: 137

Bairro: Olímpico

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Grupo Veículo                   | Subgrupo Motocicleta/Motonele |
| Placa NAR8860                   | Número do Chassi 56771        |
| Ano/Modelo Fabricação 2006/2006 | Cor PRETA                     |
| UF Veículo Roraima              | Município Veículo Boa Vista   |
| Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN   | Modelo HONDA/CG 125 FAN       |
| Veículo Adulterado? Não         | Quantidade 1 Unidade          |
| Situação Envolvido              |                               |

| Nome Envolvido         | Envolvimentos |
|------------------------|---------------|
| Tiago Santana da Silva | Depositário   |

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava pela via acima mencionado na motocicleta HONDA/CG 125 FAN, PRETA, 2006, PLACA NAR-8860, CHASSI 9C2JC30706R956771, de propriedade de José Helio Silva Batista, quando bateu em um buraco e ocasionou a queda do comunicante; Que o SAMU esteve no local e prestou socorro ao comunicante; Que no acidente o comunicante **extraviou todos os seus documentos pessoais**. Era o que tinha a comunicar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010297/2018-A03

ASSINATURAS

*Jefferson Inacio Araujo*  
Agente de Polícia Civil  
M-1

Jefferson Inacio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

14 MAR 2019

AGENTE D.  
CO-1

*tiago santana da silva*

Tiago Santana da Silva  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) responsável pela informação acima declarada e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condenação do Código Penal Brasileiro."

15 MAR. 2019

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

BLOCO A



Alta 07/03/18

|                                                                |                                              |                                                                                                                                       |                       |                                 |                          |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------|
| FICHA DE ATENDIMENTO                                           |                                              | TRAUMATOLOGIA                                                                                                                         |                       | NOTURNO 19- 10                  |                          |
| Paciente: THIAGO SANTANA DA SILVA                              |                                              | Data Nascimento: 16/11/1992                                                                                                           | Idade: 25 A 3 M 8 D   | CNS:                            | CPF: 00092097            |
| Tipo Doc: Documento                                            |                                              | Órgão Emissor: Data Emissão:                                                                                                          | Sexo: M               | Estado Civil: SOLTEIRO (APARDA) | Raça/Cor: BOA VISTA - RR |
| IDENTIDADE: XXXXXXXXXXXXX                                      |                                              | Nacionalidade: BRASILEIRA                                                                                                             |                       | Contato:                        |                          |
| Mãe: CLAUDIACRISTINA SANTANA MACIEL                            |                                              | Pai: NI                                                                                                                               |                       | Ocupação:                       |                          |
| Endereço: RUA - VIGINAL 10 / CAMPOS NOVOS - SN -- IRACEMA - RR |                                              |                                                                                                                                       |                       |                                 |                          |
| Class. de Risco:                                               | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira:                                                                                                                       | Validade:             | Autorização:                    | Sis Pré-natal:           |
| Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO                        | Caráter do Atendimento: URGÊNCIA             | Profissional do Atend.:                                                                                                               | Procedência:          | Temp.:                          | Peso: Pressão:           |
| Soluto: GRANDE TRAUMA                                          | Tipo de Chegada: SAMU REGIONAL               | Procedimento Sol.:                                                                                                                    | Registrado por: SOUSA |                                 |                          |
| Quelixa Principal: Acidente de moto                            |                                              | <input type="checkbox"/> Síndrome Febri <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                       |                                 |                          |
| Anamnese da Enfermagem:                                        |                                              | GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123455                                                                                                   |                       | TOTAL:                          |                          |

Exame - (HISTÓRIA DA CONSULTA - ) h)  
Paciente encaminhado por apresentar ferimento exposto em pé

Exame - (HISTÓRIA DA CONSULTA - ) h)  
Exame - (HISTÓRIA DA CONSULTA - ) h)

Hipótese Diagnóstica: Ferimento exposto por queda (E) PE (E)

SADT - Exames Complementares: ☐ RAIJO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

| PRESCRIÇÃO                         | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------------------------------|-------------|------------|
| Medicação de controle do ferimento |             |            |
| + 0 02 - 05 EOLIS 5g               |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |
|                                    |             |            |

Conclusão: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Paciente ☐ Alta a Revolução ☐ Transferência para:

Soluto: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação ☐ Data e Hora da Solução/Alta: ☐ Qual Centro de Referência: ☐ Qual Centro de Referência: ☐ Qual Centro de Referência:

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL



Polegar Direito



*Tiago Santana da Silva*

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

367353-7

16/03/2018

TIAGO SANTANA DA SILVA

MARCOS RONE MACIEL SILVA  
CLAUDIA CRISTINA SANTANA MACIEL

RUIRÓPOLIS - PA

CE RTO NASC 5570 PLS 84 LIV A-10  
2º OF BOA VISTA-RR

553-591.752-49

2ª VIA

ALVARO ROCHA TRIJARI  
Fundo Previdenciário 2012

16/11/1993

P1

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

15 MAR. 2019

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                           |                                               |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                                   |                                               |                                                          |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                                                                                        |                                               |                                                          |
| CARTEIRA NACIONAL DE NAVEGAÇÃO                                                                                                           |                                               |                                                          |
| NOME<br>ILOIR INACIO DE SOUZA                                                                                                            |                                               |                                                          |
|                                                         | DOC IDENTIFICADÓRIO NACIONAL<br>114807 SEP 82 |                                                          |
|                                                                                                                                          | CPF<br>383.051.512-04                         | DATA DE NASCIMENTO<br>07/04/1978                         |
|                                                                                                                                          | NOME DO PAI<br>JOSE SOUZA DE ASSUNÇÃO         |                                                          |
| NOME DO MARIDO<br>ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA                                                                                              |                                               |                                                          |
| PROFISSÃO<br>CONDOMÍNIO                                                                                                                  | ACT<br>CONDOMÍNIO                             | CATEGORIA<br>3.8                                         |
| IDENTIFICADÓRIO<br>01171912304                                                                                                           | VALIDADE<br>27/01/2020                        | EMISSÃO<br>15/12/1989                                    |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                              |                                               |                                                          |
| <br><small>ASSINATURA DO EMISSOR</small>              |                                               |                                                          |
| LOCAL<br>BOA VISTA - RORAIMA                                                                                                             | DATA DE EMISSÃO<br>35/01/2015                 |                                                          |
| <br><small>DEPARTAMENTO NACIONAL DE NAVEGAÇÃO</small> |                                               | <small>92485240416</small><br><small>82207948020</small> |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE NAVEGAÇÃO                                                                                                       |                                               |                                                          |

14 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIETRAM - RR Nº 013746435578  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COL REGIÃO 01 00897008855 2017

JOSE HELIO SILVA BATISTA

390.948.002-25

PC2JC30706R956771

PAS/MOTOCICLET/MAO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

2P/0124CC/

1\*ISENTO\*

2\*ISENTO\*

3\*ISENTO\*

SEN RESERVA DE DOMÍNIO - PROIB SAIR DA A

MAZ/0010/LEILAO DE TRAN- RR 06/17 LOTE 29

80A VISTA-RR

02/01/2018

RR Nº 013746435578

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/01/2018

01 590.948.002-25

00897008855

2006 9

9C2JC30706R956771

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

R\$185.5

R\$185.5

R\$185.5

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

013746435578

25060891188

CURV 09.248.503.0001-04

02/01/2018

02/01/2018

22 FEV. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190204005 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO BIPLANAR + FIOS) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10, 12  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 33

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190204005 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TIAGO SANTANA DA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TÁLUS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO BIPLANAR + FIOS) E ALTA MÉDICA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 10, 12  
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 33

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                  |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0090786/19

**Número do Sinistro:** 3190204005

**Vítima:** TIAGO SANTANA DA SILVA

**CPF:** 553.591.752-49

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 24/02/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** TIAGO SANTANA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**TIAGO SANTANA DA SILVA : 553.591.752-49**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019  
Nome: TIAGO SANTANA DA SILVA  
CPF: 553.591.752-49

TIAGO SANTANA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019  
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA  
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190204005**

**Vítima: TIAGO SANTANA DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), TIAGO SANTANA DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Time partitioning

Sociedade anônima

### Boite d'Empreintes!

Normal

#### NO. 4a. Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERIA**

Último Argumento:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletín(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4

| Órgão | Calculado | Pago   |
|-------|-----------|--------|
| Junta | 570,00    | 570,00 |
| DREI  | 21,00     | 21,00  |



## REQUERIMENTO

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

| Código do Ato | Código Evento | Qtde. | Descrição do ato / Descrição do evento                                                    |
|---------------|---------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| O17           | 999           | 1     | Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração |
|               | X0X0          | X0X0  | X0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                 |
|               | X0X0          | X0X0  | X0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                  |
|               | X0X0          | X0X0  | X0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                  |
|               | X0X0          | X0X0  | X0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                  |

Representante legal da empresa

|       |                      |                                                                                                                                                                           |
|-------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local | Nome:                |   |
|       | Assinatura:          |                                                                                                                                                                           |
|       | Telefone de contato: |                                                                                                                                                                           |
| Data  | E-mail:              |                                                                                                                                                                           |
|       | Tipo de documento:   | Híbrido                                                                                                                                                                   |
|       | Data de criação:     | 24/01/2018                                                                                                                                                                |
|       | Data da 1ª entrada:  |                                                                                                                                                                           |



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 2/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

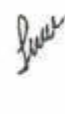
**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E17B8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pag. 3/13



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôres      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

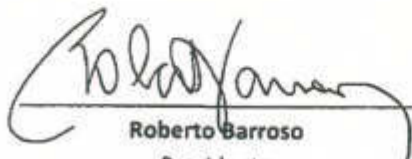
 

**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

**Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.**

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

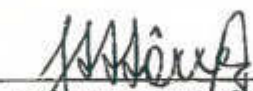
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB6

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/13





12/10

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**



4996507

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4995508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

12/4



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

convocada.

13/4



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15/11

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

10/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4996513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

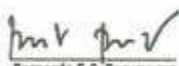
b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;

b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;

c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

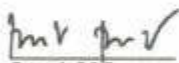
**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

12/11



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

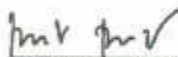
**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembleia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|                                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17º Ofício de Notas</b><br>DA CAPITAL                                                          | Tabelião: Carlos Alberto Firmino Oliveira<br>Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600 | ADB2B690<br>088674                                                                                                                                  |
| Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES e</b>                         |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| <b>JOSE ISMAR ALVES TORRES (X00000524453)</b>                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.                                                          |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| Em testemunho                                                                                     | da verdade.                                                                                                   | Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS                                                                                                                     |
| Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.                                                                |                                                                                                               | Total                                                                                                                                               |
| ECLP-54891 HDE, ECLP-54892 GRS                                                                    |                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
| Consulte em <a href="https://www3.tirijus.br/sitepublico">https://www3.tirijus.br/sitepublico</a> |                                                                                                               | <b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b><br><b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b><br>Escrivente<br>CTR 46062 série 06077 ME<br>Aut. 2013 3ª Lei 8.936/94 |

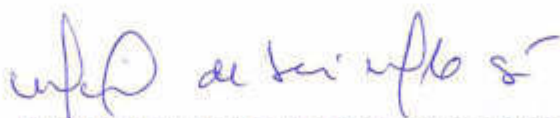
### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRABESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURIO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

