



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro:	Rio Branco
Processo:	07043598120198010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	23/07/2019 14:25:13

**Partes**

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

**Documentos**

Petição:	2619496_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_01-1 - 1-15.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_01-1 - 16-24.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_01-2 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_01-2 - 12-24.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-6.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_02 - 7-17.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_02 - 18-25.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_02 - 26.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_03 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_03 - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	2619496_CONTESTACAO_A nexo_03 - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07043598120198010001

**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 **CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**, 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 **08/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/12/2018**.

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 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>.

---

<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;

<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)



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.

#### **BANCO DO BRASIL**

##### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000036551-3

---

Nr. da Autenticação 1234C8FFD40BDC9F

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.

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

#### **DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL**

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

## **DA INDENIZAÇÃO JÁ RECEBIDA EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO**

### **POSSÍVEL LESÃO PREEXISTENTE**

Deve-se sopesar, ainda, o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativo foi regulado sob o **nº. 2011442584**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 31/07/2011.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, invalidez com repercussão de 25% EM UM DOS MEMBROS INFERIORES.

Constata-se, assim, uma vez o laudo produzido nestes autos venha a apresentar lesão idêntica, será o caso de se reconhecer tratar-se de lesão preexistente, já indenizada, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a indenização já paga deverá ser considerado para fins de abatimento em caso de eventual condenação nestes autos.

### **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>4</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>5</sup>.

---

<sup>4</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>5</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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>6</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.

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;

---

<sup>6</sup>art. 1º. (...)

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

- 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 DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 8 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/AC 3988**

**DIEGO PAULI**  
**4550 - OAB/AC**

### **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/CE 27.954-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 **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07043598120198010001.

Rio de Janeiro, 8 de julho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

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



## **CARTA DE PREPOSTO**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68 e **Hugo Mendes Zerbini Leão** inscrito no CPF sob 991.696.902-78, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07043598120198010001**, que tramita **3ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 8 de julho de 2019.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

## BANCO DO BRASIL

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001                      AGÊNCIA: 1769-8                      CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000036551-3

Nr. da Autenticação 1234C8FFD40BDC9F

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190206355 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 22/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. (6)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (22)  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @46SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190206355

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 08/12/2018

**Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura radio distal de punho direito  
Fratura de 5to metatarso do pé direito

**Descrição do exame físico:** cicatriz cirurgica de 10 cm na face volar do punho, aumento de volume do punho, limitação na flexao do punho a 60 graus e na extensao do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro.  
Pé direito: deformidade no dorso do pé, aumento de volume do pé, limitação funcional nas articulações metatarso-falangeanas, e redução da força muscular do membro.

**Resultados terapêuticos:** ciruurgico para a fratura de punho ( placa em T e 1 fio kirschner) e tratamento conservador para fratura do pé, e fisioterapia.  
Alta: Março de 2019

**Sequelas permanentes:** limitação funcional no punho direito conforme descrito no exame físico .

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E EXAME REALIZADO PAGO DANO EM PUNHO ESQUERDO 50%

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190206355

**Nome do(a) Examinado(a):** CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Cerejeira, 150 - Rio Branco/AC - CEP 69902-657

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 618853 - SSP RO

**Data e Local do Acidente :** 08/12/2018

**Data e Local do Exame :** 28/03/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

Diagnostico: Fratura radio distal de punho direito  
Fratura de 5to metatarso do pé direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

Tratamento: cirurgico para a fratura de punho ( placa em T e 1 fio kirschner) e tratamento conservador para fratura do pé, e fisioterapia.

Alta: Março de 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

Exame fisico; MSD:cicatriz cirurgica de 10 cm na face volar do punho, aumento de volume do punho, limitação na flexao do punho a 60 graus e na extensao do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro.

Pé direito: deformidade no dorso do pé, aumento de volume do pé, limitação funcional nas articulações metatarso-falangeanas, e redução da força muscular do membro.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

Funcional: limitação funcional no punho direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

Limitação funcional no pé direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular no pé.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

membro superior direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

pé direito

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

  
**José L. Silverio C.**  
**Médico Ortopedista**  
**CREMERO-1822**

---

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO  
=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 57604  
Nome.....: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA  
Documento.....: N.T. Tipo :  
Data de Nascimento: 27/05/1970 Idade: 46 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA  
Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO  
Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA 00150  
Bairro.....: PLACAS Cep.: 99999-999  
Telefone.....: 000000092810254  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

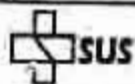
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do RE: 2600713  
Clínica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"  
Leito.....: 999.0050  
Data da Internacao: 08/12/2018  
Hora da Internacao: 08:59  
Medico Solicitante: 391.464.562-87 - RAIMUNDO NONATO ANUTE DE LIMA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ata de morte e internação por causa de trauma  
em pouco tempo e já morto.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Autópsia: Coração, Pulmões, Fígado.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - Nº DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CHOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, IBGE EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2600713 DATA: 08/12/2018 HORA: 08:53 USUARIO: ERICO  
CNS: 700102967222015 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA DOC.: CART. SUS  
IDADE: 48 ANOS NASC: 27/05/1970 SEXO.: MASCULINO  
ENDERECO: RUA CEREJEIRA NUMERO: 150  
COMPLEMENTO: BAIRRO: CHICO MENDES  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.:  
NOME PAI/MAE: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA /ZELIA TEOTONIO SIMAO  
RESPONSAVEL: O MESMO TEL.: 99225103  
PROCEDENCIA: CONJ. RUY LINO  
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[ X mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM. COMPL. [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA [ ]

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

Perda visiva de objetos brancos e cores  
verdes com uma falha de 1/2

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ ] VERDE [ ] AMARELO [ ] VERMELHO [ ] AZUL

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

fratura de humero

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL SETOR:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

D. Avelino de Almeida

Raimundo Donato Trute de Lima  
Medico  
CRM 836 - AC

HUERB

ALERGIAS MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLÍNICO  
ODONTO  
PED

CLASSIFICAÇÃO

General

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARAMETROS		Pulso: 72 bpm	
PA: 158 X 143 mmHg		Temp.: °C	
Sat. O2: 99 %		Glicemia: mg/dL	
ESCALA DE DOR		Glasgow: Alterado ( )	
1-10 11-9 12 13-6 14 15-0		Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR:	
		Tempo máxima: 3 minutos	
		DESISTÊNCIA EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administração medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com \_\_\_\_\_ ml de água potável;
- ☒ Medicação Intramuscular - IM, local: \_\_\_\_\_
- ☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_
- ☐ NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_ horas, admitido neste setor procedente do \_\_\_\_\_

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

HUENB

REGISTRO ☐ PACIENTE Melhor Simão de Oliveira IDADE 45 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 0027

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>MECANISMO DE TRAUMA: <u>Acidente de trânsito</u></p> <p>DATA DO TRAUMA: <u>08/12/13</u></p> <p>RADIOGRAFIAS: <u>sem</u></p> <p>EXAME FÍSICO: <u>sem</u></p> <p>DIAGNOSTICO: <u>Fratura de fêmur</u></p> <p>CONDUITA NA EMERGÊNCIA: <u>Realizar imobilização</u></p>	<p>1. DIETA VIA ORAL LIVRE</p> <p>2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H</p> <p>3. DILPIRONA 1G IV 6/6 H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 H S/N</p> <p>5. PLASIL 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H</p> <p><u>Dr. Ronaldo T. Carvalho</u> CRM 1597 Ortopedia e Traumatologia</p>	<p><u>18:30h</u></p>	<p><u>18:30h</u> Paciente com fratura de fêmur, com C.C. B. Apresenta dor no local da fratura, com inchaço e vermelhidão. Realizar imobilização com gesso e monitorar sinais vitais.</p>

SAME / HUENB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

Unidade e impresso em: 08/12/2019 às 08:46:33

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

IDADE

48

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

77 10

HUEBRB  
Secretaria de Saúde  
Estado do Acre

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DIOT: 08/12/2019

FRATURA DE RADIO DISTAL ARTICULAR ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE DIREITO EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM FUNHO ESQUERDO E NEUROLÓGICO PRESERVADOS

SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR DR RONEGO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 8/5/H

4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90

5ml

500

16 22 04

16 04

06

Rotina

Rotina

16

Dr. Flávio Almeida  
Pneumologista e Toxicologista  
CRM-AC 1375

SAME / HUEBRB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

(EGISTRO)

PACIENTE

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITE

M10 \* O5

EVOLUÇÃO

## PRESCRIÇÃO

## HORÁRIO

#### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

2016年06月22日

FRATURA DE RADIO DISTAL  
ARTICULAR  
ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE  
DIRETO  
EM TRATAMENTO CONSERVADOR.

PACIENTE REFIRE DOR EM PUNHO  
ESQUERDO

PULSO E  
PRESERVADOS

NEUROLÓGICO

**SOLICITO PRECIRURGICOS**

VISITADOR: DR. ANTONIO

## 1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0.5% 500ML EV CADA 24/24 HRS

### 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS

E. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

## 7. CUIDADOS GERAIS

## SIGNALS VITALS

## 5. CONCLUSIONS AND DISCUSSION

IV. CERTIFICATE OF MAILING AND RETURN RECEIPT 140130

CONFORME ORIGINAL  
CÓPIA  
SAME / HUEB

- 07:00. Kilmie INTL  
exp. about coming  
ratio, buying ratio  
realized results  
medic. com —  
Heli, Ivan  
USC SIC Maria Helena  
as left her wife  
above parents  
available APT  
distant family  
PA. Re x86 only  
Tae. Adult





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

Unidade e endereço dos estabelecimentos de saúde

HÓLTER  
Módulo de Saúde

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

M05

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 06/12/2018

FRATURA DE RADIO DISTAL  
ARTICULAR  
ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE  
DIREITO  
EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM FUNDO  
ESQUERDO  
PULSO E NEUROLÓGICO  
PRESERVADOS

SOLICITO PRECURIÁRIOS

VISITADOR: DR. ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS

3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS

6. DNEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90

SND

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

8:00hs 17:00hs paciente  
temer brando de aser  
do fraco de leve de  
uaca + uaca, qui  
brida. rasta de  
deceida, fraco fi  
niolgia, fraco fi  
te. fraco fi



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

Unidade e impressões em 12/12/2018 às 10:20:01

REGISTRO PACIENTE

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

IDADE 48

CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 1122

HUEB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DVDI: 08/12/2018 FRATURA DE RADIO CISTAL ARTICULAR ESQUERDO FRATURA DE 5 METATARSO PE DIREITO EM TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE REFERE DOR EM FUNDO ESQUERDO PULSO E NEUROLÓGICO PRESERVADOS SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS 3. DIFIPRONA 1GR EV DILUIDO 5/6H 4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS 6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90	5ND 360 18 16 22 04 18 04 06 Rótina Rótina Rótina	- 07:00 - por. 1122 sup. atual renal medico, Sinais vitais, neurologico di ativo mede apm. per. 1122 - resum: 1180 - S110 Os 18:05h Paciente vulso alta por putar com esta- mela + orientar - 1122 Larissa Mendonça Dantas Enfermeira CORENAC 359-8 Especialista em Psiquiatria Saúde Mental

alta  
com  
11/12  
Francis  
14/12

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

CLÍNICA *Cardiologia* LEITO Nº *15* A CLÍNICA *Cardiologia*

CIENTE *Carlos Lima de Almeida*

OTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*ptor labirinto direito de*  
*paciente de 45 anos evoluindo*  
*com história de náusea e vômito*  
*de 5 dias. plejo de 2 dias e*  
*no de 1 dia. Sem dor de*  
*cardiologia e físico clínico*

NOME DO SOLICITANTE: DATA *15/10* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUERE  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

DR. Italo Maia Vieira  
CRM Otorrinolaringologia  
CRM AC 1500

NOME DO MÉDICO: DATA *15/10* HORA:

Costas Simões de Oliveira  
430mcs CCG Nova 10

$\frac{10}{12}$   
 $\frac{18}{18}$

46:40h.

1 QLS F511-11 25

QIR

VI

VI

CV

II

QIR

VI

VI

III

QIR

VI

VI

II

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



HUERB – HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA


RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP

- 48 ANOS
- NEGA IAM, AVE, EAP, DMII, HAS
- EXAME FÍSICO NORMAL
- EXAMES LABORATORIAIS: NORMAIS
- ECG: RS, ADRV, LIMITE PARA SVE.
- RX TX: ÁREA CARDÍACA NORMAL.

GOLDMAN 1

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

RISCO CARDIOLÓGICO NO MOMENTO.

  
DR. WELBER DE LIMA E SILVA  
CARDIOLOGIA  
CRM/AC:1492

RIO BRANCO/AC, 08 DE DEZEMBRO DE 2018

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MACOES UNIDAS, 700, - BOROQUE - RIO BRANCO - CEP: 69900-620 - Tel.: 223-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA (EXT)  
Requisicao.: 00.PC.1.040899  
Identif.: 00000000

Idade.: 48  
Requis.: 11/12/2018

US. Origem.: PS - PACIENTE EXTERNO *C.P.*  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	5,32	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina	13,50	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematocrito	41,00	%	VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM	77,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM	25,96	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	32,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

### LEUCOGRAMA

Leucometria Global	5.800	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Eosinofilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	136	mm3	
Mielocitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Metamielocitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Bastões	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Segmentados	62	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	4.216	mm3	
Linfocitos	29	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.972	mm3	
Monocitos	3	%	VR: 2 a 8 %
Valor Absoluto	475	mm3	
Blastos	3	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	3	mm3	
Observacao			

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo  
Biomedico  
CRBM 2566

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:55 Coleta: 11/12/18 as 17:55-18. Via Impressa: 11/12/18

## COAGULOGRAMA

### Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	1 minuto	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	6 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas	219.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:56 Coleta: 11/12/18 as 17:55-18. Via Impressa: 11/12/18

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

ID paciente:

ID amost:

52

Data nascimento:

Idade:

48 Ano

Cód barra: 1040899

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Masc

Data da coleta:

11/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	36	mg/dL		10 - 50
CRE	1.2	mg/dL	ALTO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 11/12/2018

Data/Hora teste: 11/12/2018

Data/Hora impr.: 11/12/2018 16:26:31

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Francisco A. M. *[Assinatura]*  
Biotécnico  
4º ano





# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ 00.529.443/0003-25

Rua Alvorada, nº 805 - Bonfim - 69.901-320 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

www.hsj.org.br

## TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIAS E CONSENTIMENTO (INFORMADO)

Pelo presente termo de esclarecimento, ciência e consentimento informado, Eu Carlos Junior de Almeida (identidade), paciente, responsável, deixo para que produza todos os legais efeitos que:

1) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelam as seguintes alterações e diagnósticos de meu estado de saúde:

Fígado, vesícula, estômago

2) Da mesma forma, recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, sendo informado (a) também sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3) Estou ciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s):

Exame físico

na tentativa de cura ou melhora da (s) supracitada(s) condição(ões), poderão apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticadas pelo (s) médico(s) acima referido (s), assim como também poderão ocorrer situações (ões) imprevisível (eis) ou fortuita (s).

4) Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais com sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

Infecção, Hemorragia, Dor

5) Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e utilização de fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista.





Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

*Transtorno de pânico (ES.D)*

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

SAME / HUEB  
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico:

*APR - distúrbio de pânico (ES.D)*

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

*Síndrome do Pânico Ativa recorrente*

Motivo da Cobrança:

*12*

- 11-ALTA CURA
- ☒ 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REG. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/REOPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



**FICHA DE INTERNACAO**

Prontuário: 166393 - 2

Entrada: 13/12/2018

Hora: 1750

Apto/Leito: 105 C

Paciente:

**CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**

Rcg. Geral: 618853

Orgão Emissor: SSP

PR

Data Expedição: 13/11/2002

CPF: 67468047200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 700102967222015

Sexo: M

Dt. Nasc.: 27/05/1970

Est. Civil: AMASIADO(A)

Natur.: CORBELIA

PA

Idade: 48 Anos

Conjuge: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

Nacionalidade: BRASIL

End.: RUA SEREGEIRA

Nro: 150

Bairro: CHICO MENDES

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68 999665499

Cel.: \*\*\*\*\*

Fone Contato: 68 999225105

Local de Trabalho:

Profissão: AUTONOMO

PAI: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA

MAE: ZELIA TEOTONIO SIMAO

Resp.: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

End:

Nro.:

Cidade:

UF:

Fone Res.: 68 - 999665499

Fone Com.: -

H. S. J.

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:


Senha:

Nro Guia:

Sispre:

14/12/2018  
trat. cir. ort. de  
radio distal  
CMT

Médico (a): FRANCIS KASHIMA

 Francis Kashima S. Lopes  
CRM - 007817

Observação: FICHA DE REF EM REGULACAO AIH EM ANEXO SOLICITACAO 268504024

Atendente: Jeane Alves

**TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO**

Autorizo a internação de CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

 JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

**AVISO**

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

 JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

 Hospital Santa Juliana  
Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC



## RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

Às 18:10h, Paciente admitido no setor da Clínica Cirúrgica procedente de sua residência para procedimento cirúrgico, nos cuidados do Dr. Francis, diambulando, normoconado, eufórico e afável. Não utiliza medicação e diabetes crônicas. Dados as orientações de enfermagem em pré-operatório. Acompanhado ao leito, acompanhado de familiar. PA: 110 x 60 mmHg; SPO<sub>2</sub>: 98%; FC: 87 bpm; Tax 36,9°C


João Carlos da Silva Lima  
Enfermeiro  
CORENAC: 517085

11/12/18 Às 07:45 paciente deu entrada na sala de pré-operatório para submeter-se a procedimento cirúrgico. Veio deambulando, eufórico, afável, nos cuidados comunicativos. Portando A.V.P em MSE, com bom fluxo venozoso do com oxímetro de pulso com SPO<sub>2</sub> 96%. FC 73 bpm. PA 130 x 90 mmHg. T.E. Audição inspeção como com fe 32,9°C

14/12/18. Às 11:20h paciente deu entrada em SO para submeter-se a procedimento cirúrgico de tratamento de fratura Radio Ulnar direito, nos cuidados do Dr. Francis, auxiliares Dr. Felipe e Dr. Robinson. Veio deambulando, eufórico, normoconado, normoconado. Portando A.V.P em MSE com bom fluxo. Às 11:25h submetido à anestesia para procedimento cirúrgico. Às 11:40h início do procedimento cirúrgico. Às 12:15h término do procedimento cirúrgico. PA 165 x 99 mmHg, SPO<sub>2</sub> 100%. FC 87 bpm. segue prontuário + anexos. Paciente encaminhado para SARA às 12:30h.

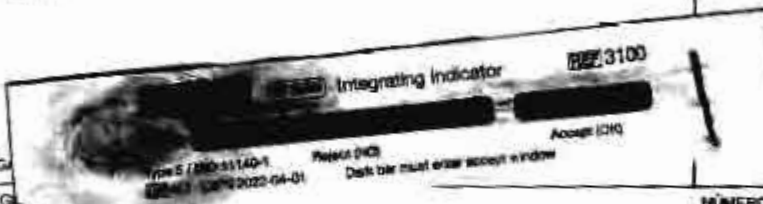

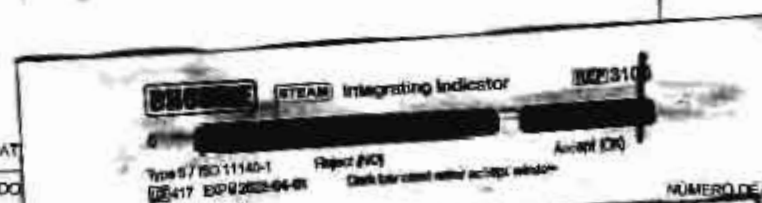
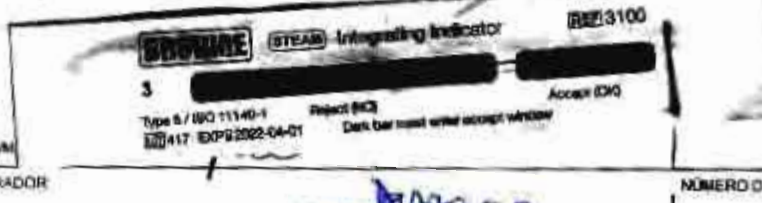
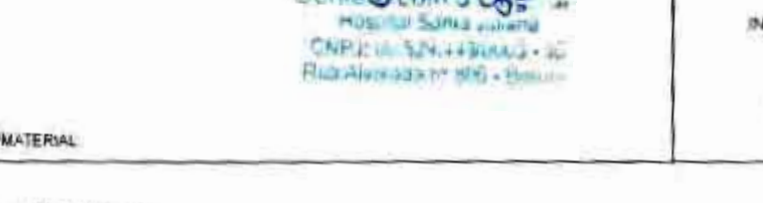
João Carlos da Silva Lima  
Enfermeiro  
CORENAC: 001.142.305

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ nº 02.544.300/03 - 36  
Rua Ladeira nº 805 - Baurer

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018
			Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE			
NOME	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Carlos Simão de Oliveira	27/05/70	48	M
NOME DA MÃE	DEPARTAMENTO	CONVÊNIO	
Zelia Teotônio Simão	1056	SUS	

EQUIPE CIRÚRGICA	
CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR
T.C. F. rat. Radio distal D.	Alex
CIRURGIÃO	PERFUSIONISTA
Francis	
1º AUXILIAR	ENFERMEIRO
Robson / Felipe	Jeane / Fernanda
ANESTESISTA	CIRCULANTE
Arleson	Talima
DATA	SALA
14/12/18	05

INSPEÇÃO DO MATERIAL (POMPA, INSTRUMENTOS, ETC.)		
<b>ETIQUETA</b> 131218 01 Data de Produção Data de Validade 1301.19 03 No. de Operação 12	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 121218 02 Data de Produção Data de Validade 1201.19 04 No. de Operação 21	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 01 Data de Produção Data de Validade 1301.19 03 No. de Operação 12	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 02 Data de Produção Data de Validade 1301.19 05 No. de Operação 12	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 02 Data de Produção Data de Validade 1301.19 05 No. de Operação 12	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>





FORMULÁRIO  
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HF1-1047

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 2 de 2

ETIQUETA  
111210 09  
Data de Produção  
Data de Validade  
11.01.19  
No. de Controle  
06

INTEGRADOR

HSJ-CONTROLE DE MONTAGEM  
MAT. CONSIGNADOS

Data 11/12/18

Nome da caixa Cx. MAB D. Francis

Resp. pela montagem OSSEA

Nome da Empresa Total Implantes

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATER

INTEGRADOR

ETIQUETA

CARGA/MATERIAL

ling Indicator 88253100

Accept (DIQ)

must enter accept window

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

Conferir com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0001-26  
Rua Alvorada nº 806 - Bonfim



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631  
Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

NOME: <u>Carlos Soares</u>		PRONTUÁRIO: <u>166393</u>	
IDADE: <u>48A</u>	SEXO: <u>M</u>	PESO: _____	DATA: <u>14/10/10</u>
AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Revisão de</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>Ortossintese do m.T + Fíbula</u> <u>Kimura Lsm + Tolo Gm</u>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA <u>Miúdo Ponto</u>		ANESTESISTA <u>Alvion</u>	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: <u>João</u>		_____	
1º AUXILIAR: <u>Robson</u>		_____	
2º AUXILIAR: <u>Alvion</u>		_____	
ANESTESISTA: <u>Alvion</u>		_____	
CIRCULANTE: _____		_____	
Hora Início: _____		Horá Término: _____ Duração: _____	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)			
<div style="text-align: right;"> Confirmação do Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque</div>			



**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**  
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3-INCISÃO VOLAR EM PUNHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL
- 4-REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
- 5 FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T DE 3,5mm DE 3 X 3 FUROS SOB CONTROLE RADIOSCÓPICO + FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS A FRATURA + 1 F.K. 1,5 MM
- 6-LIMPEZA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM S.F. 0.9%
- 7-REVISÃO DA HEMOSTASIA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

**MEDICAÇÕES:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABD 500 ml _____           | <input type="checkbox"/> Glicose 50% inj. _____     | <input type="checkbox"/> SF 1000 ml _____    |
| <input type="checkbox"/> ABD 1000 ML _____          | <input type="checkbox"/> Kolagenase pomada _____    | <input type="checkbox"/> Telebrix _____      |
| <input type="checkbox"/> Adrenalina 1 mg/1ml _____  | <input type="checkbox"/> Neomicina pomada 5mg _____ | <input type="checkbox"/> Xilocaína gel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína 0,5% s/v _____ | <input type="checkbox"/> Ropivacaína 200mg _____    | <input type="checkbox"/> Xilocaína s/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% inj _____      | <input type="checkbox"/> SF 500 ml _____            | <input type="checkbox"/> Xilocaína c/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml _____      | <input type="checkbox"/> Ioversol _____             | <input type="checkbox"/> Outros: _____       |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 06.928.443/0001-31  
Rua Almeida 173 - São Paulo

Felipe Henrique de A. Costa  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 1176

CIRURGIÃO - CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC



# OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

## HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

### SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Carla Simão de Oliveira*  
Nº Apt.: *105C*  
Data: *14/12/14*  
Cirurgia: *TC. Frat. Rádio Digital D.*  
Início: *11:40*  
Término: *12:15*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr. Francis*  
Enfermeiro (a): *Fernanda*  
Anestesista: *Dr. Wilson*  
Tipo de Anestesia: *Pesco*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
<b>Respiração:</b>					
- Capacidade de respirar profundamente e tosse	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Esforço respiratório limitado	1				
- Nenhum esforço espontâneo	0				
<b>Circulação: Pressão arterial sistólica:</b>					
- >80% do nível pré-anestésico	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1				
- <50% do nível pré-anestésico	0				
<b>Nível de Consciência</b>					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2	<i>1</i>	<i>2</i>		
- Acorda quando chamado pelo nome	1				
- Não responde o comando	0				
<b>Coloração:</b>					
- Coloração e aparência normais da pele	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico	1				
- cianose evidente:	0				
<b>Atividade muscular:</b>					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2	<i>1</i>	<i>1</i>		
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1				
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				

**Total**

\* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

\* Horário de liberação.

\* Assinatura do Enfermeiro

*Fernanda*

\* Assinatura do Médico Anestesiologista:

*Wilson*  
1345



Relatório de Enfermagem da RPA  
(Recuperação Pós Anestésico)

14/12/18 À 12:35hs paciente deu entrada na SAPA após procedimento cirúrgico, normocardia, normocorada, normotensa, comunicativa, portadora AUP em MSE com HU em curso e fluxo, monitorizada por oximetria de pulso SPO<sub>2</sub> 96%, FC 9 bpm, PA 156x103 mmHg. À 12:56hs paciente permanece na RPA com SPO<sub>2</sub> 95%, FC 77 bpm, PA 145x97 mmHg. À 12:55hs paciente estável sem queixas recel-se alta da RPA pelo Dr. Silveira, encaminhando paciente em maca ao leito.

Luiz Augusto da Silva  
Téc. de Enfermagem  
CORF 114908

Conferir com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 09.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada 11 - 905 - Bento



# HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag 1

ACIÉNT: 166393 - 2

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

LEITO: 105 C

ATA: 14/12/2018

HORA: 12:28

NRO PRESCRIÇÃO: 235004

NRO REQ. FARM: 1359510

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	6 X 6
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	6 X 6
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	6 X 6
05	SORO RINGER CLACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	6 X 6
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	6 X 6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	6 X 6
09	CURATIVO	UN	1		

Confere-se com o Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 06.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 906 - Ervete

Se tudo OK alto  
Amado.

Paulo Marcelo de Souza  
Pneumologista e Toxicologista  
CRM: 14.716

## EVOLUÇÃO

15/12/18 - Paciente em BEG.  
F.O Limpo. e xco. sem  
vermes. Neurológico e perfusão OK.

Alta Médico com Orientações  
e Retorno em 15 dias No HC

Paulo Marcelo de Souza  
Pneumologista e Toxicologista  
CRM: 14.716



As 13:15h Paciente retorna ao CC em mau humor pouco consciente, acordado, termo  
cerado, eupneico e afável. Sob dieta restrita. Portando AUP em MSE com H.V. em curso  
sem queixas no momento. Todas as orientações de enfermagem são lidas em repouso no  
leito acompanhado de familiares. PA: 40 x 90 mmHg, FC: 82 bpm, SPO<sub>2</sub>: 95%, Tax: 34,6°C  
José Carlos da Silva Lima  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 517065

14/12/18. Das 13:15 às 19:00h - Evolui em repouso  
no leito afável, eupneico, normotenso, lívido, orientado, com  
necativo, respirando em ar ambiente. Portando AUP em  
MSE com H.V. em curso. Dieta oferecida, diurese  
se presente, evacuação ausente, medicada a.p.m., sem  
queixas e aos cuidados da equipe de enfer  
magem + acompanhante. SSVU: PA: 120 x 80 mmHg, Tax: 34,3°C  
SPO<sub>2</sub>: 94%, FC: 92 bpm  
Adenilde dos Santos Fernandes  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 949.283

14/12/18 - As 21:45h Solicito na farmácia 1 equipe m  
repositores pl HV  
Mira Paiva da Silva  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 586.067

4.12.18 das 19:00 as 07:00h paciente em repouso no leito lívido  
comunicativo afável eupneico não refere queixa medicada op  
relata a dieta oferecida diurese presente evacuação ausente  
verifico os sinais vitais segue aos cuidados da enfer  
magem. P.A 130 x 80 Tax 36,8 SPO<sub>2</sub> 97% FC 97 bpm AUP MSE HV  
José Carlos da Silva Lima  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 517065

15/12/18 às 10:00 Paciente recebe alta hospitalar com  
Orientado, comunicativo, em cadeira de rodas,  
entregue exames reentrários médicos e orientações  
da enfermagem

15.12.18 - realizou curativo na região de no do abdômen  
3.9, curativo compreende 1 curativo 7.5 + 1 alodermico 4.3 pc de por  
+ 100 ml SFO 9% + 5 ml de álcool 70%. TEC. Jehmatom COREN-AC 19370262

Confere com o Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 08.529.430/0001-33  
Rua Almeida 111 - São Paulo



RG 2600713

700102967 222015

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Rev 99225105

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Carlos Santos de Jesus

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME DA MÃE

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - SEXO

10 - RACÃO

11 - DATA DE NASCIMENTO

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - CDD

16 - CDD

17 - CDD

18 - CDD

19 - CDD

20 - CDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Insônia

Material  
Pleco  
+ PR

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Diagnóstico a ser tratado por FRANCIS no HST. Recebido Internar 13/11/10

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESUMATOS DE EXAMES REALIZADOS)

PR 22/11/10

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

Estimulação

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - ACIDENTE DE TRÁFICO

32 - ACIDENTE TRABALHADO TÍPICO

33 - ACIDENTE TRABALHADO TRAJETO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO DOCUMENTO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - EMPREGADO

40 - EMPREGADOR

41 - AUTÔNOMO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEG

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DO DOCUMENTO

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura  
Carimbo  
CNPJ: 00.529.430/0001-30  
Estatuário nº 306 - 1/10/10



Paciente Carlos Simões de Oliveira

Registro 166393-2 Data: 14/02/18

Identificação - Hora _____ h	Confirmação - Hora _____ h	Registro - Hora _____ h
<p>Paciente confirmou a Identidade <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Pulseira de Identificação presente <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>Remoção</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não. Motivo _____</p> <p>Sítio Cirúrgico Demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Presença de Prontuário Completo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento Assinado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo _____</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cirurgião, Anestesiista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio Operatório</p> <p>Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>Duração prevista da cirurgia _____</p> <p>Previsão de Perda Sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão do Anestesiista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo _____</p> <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:</p> <p><input type="checkbox"/> Instrumental necessário presente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais (próteses, órteses)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de indicadores de esterilização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Os equipamentos necessários presentes</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma preocupação com equipamentos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Registro Completo do Procedimento Intra Operatório, incluindo o procedimento executado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Registro Completo de Enfermagem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Verificação e Soro Identificado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Sonda Vesical fixada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A contagem de compressas está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A contagem de instrumental está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____</p> <p>Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Com lesão <input checked="" type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Qual lesão? <u>incisão cirúrgica</u></p> <p>Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Observações</p>
<p>Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Equipamento / Assistência Disponível</p> <p>Risco de Perda Sanguínea &gt; 500ml (07ml/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim e acesso venoso adequado.</p> <p>Se sim, há reserva de hemocomponentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado</p> <p>Presença de Próteses (dentária e outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Observações</p>	<p>Observações</p>
<p>Observações</p> <p><u>PA=130x90 mmHg</u></p> <p><u>SpO2=96%</u></p> <p><u>FC=73 bpm</u></p>		<p>Assinatura</p> <p>Confirmação com Assinatura</p> <p>Assinatura</p>
<p>Cirurgião:</p>	<p>Anestesiista:</p>	<p>Responsável pelo preenchimento</p> <p><u>Sara do Nascimento da Silva</u></p> <p>Registro <u>166393-2</u></p>
<p>CRM:</p>	<p>CRM:</p>	<p>Assinatura</p> <p><u>Thaís de Lima Pereira</u></p> <p>Registro <u>166393-2</u></p>
<p>Auxiliar de cirurgia 1</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Assinatura</p> <p><u>Thaís de Lima Pereira</u></p> <p>Registro <u>166393-2</u></p>





# HOSPITAL SANTA JULIANA

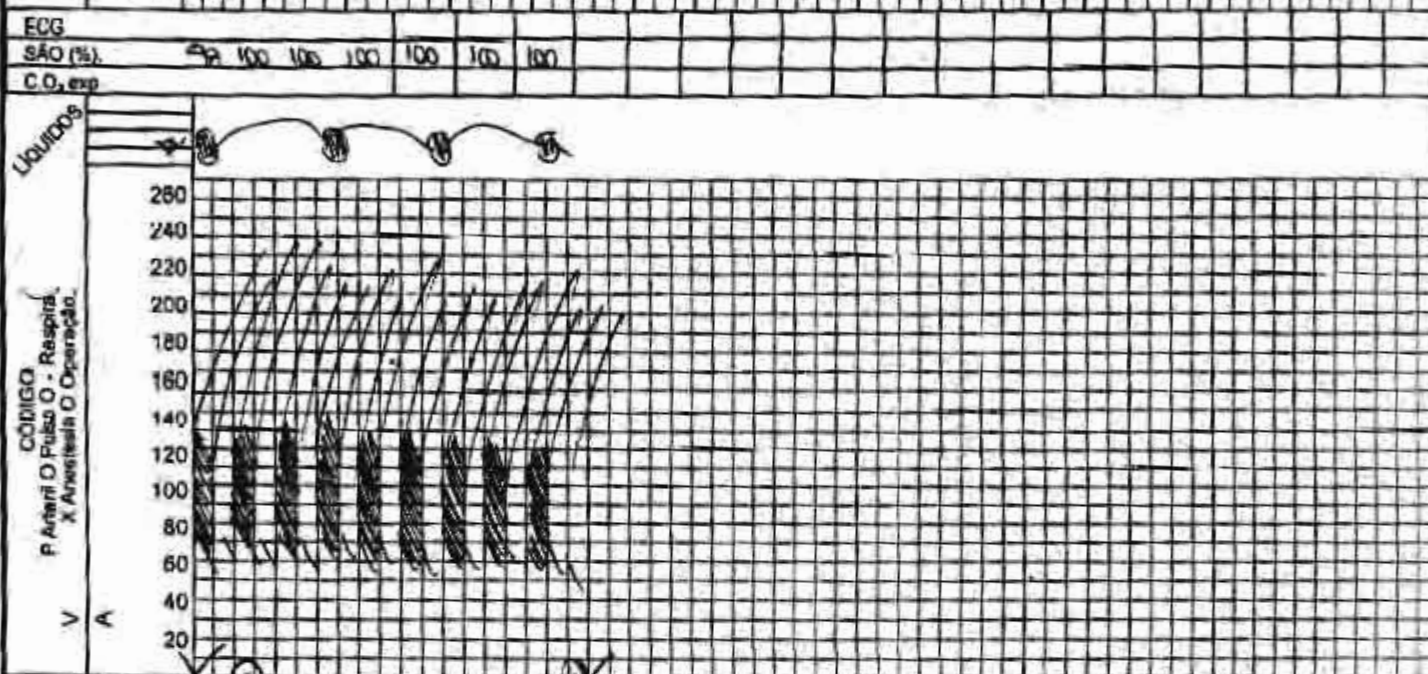
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO  
CNPJ: 00.529.443/0003-05  
Rua Almeida, nº 805 - Bosque - Cep: 58.901-380 - Rio Branco - Acre  
Fone: (68) 3212-4700 / Fax: 3234-9129  
www.hsj.org.br

## SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

Nº PRONTUÁRIO

DATA: 26/12/19 NOME: Carlos Simão de Oliveira  
IDADE: 48 SEXO: MASC GOR: pto ALTURA: - PESO: 105g GRUPO SANG: - PA: 160x90mm PULSO: 90bpm TEMP: - RESPIR: Normal

HORA: 11:00 12:00 13:00 14:00  
GASES: O2 60%  
ECG: 100 100 100 100 100 100  
SÃO (%): 100 100 100 100 100 100  
C.O. exp:



Ventilação: Espontânea ☒ Assistida ☒ Controlada ☒  
Monitoração: Cardioscópio ☒ SIM ☒ NÃO ☒ Analizador de gases ☒ SIM ☒ NÃO ☒ OUTROS: ☒  
Oxímetro ☒ T. O. F. ☒  
Pali ☒ Estetoscópio ☒  
Capnógrafo ☒ P. A. I. ☒

TÉCNICA: disco + selado

CIRURGIA: Col. Antebraço @ - 1ro úmigo

CIRURGIÕES: Carlos +

RAQUIANESTESIA: N/A

Bloqueios: X - monitorização + ☒ revisão de venóclise venóclise  
1 - antisepsia + anestesia  
2 - punção subaracnóidea ☒ mediana ☒ paramediana em agulha G Quincke, descartável, saída de líquido claro ☒ turvo, aparentemente ☒ normotensão ☒ hipotensão ☒ hipertensão, ☒ ausência ☒ presença de paresia, tentativa + injeção de 1 mg de bupivacaína  
☒ hiperbárica 0,5% ☒ isobárica 0,5% + morfina mg.  
3 - Cefazolin 2g IV; ☒ Dipirona 2g IV; ☒ Tenoxicam 40mg IV; ☒ Ondansetrona 4 mg IV; ☒ Oxitocina 20 UI no soro; ☒ Dexametasona 10 mg IV, outros:  
4 - ketol 2g

Anestesia: 5. Tihl 40mg  
6. neorlon 10mg + mivacur 5mg  
7. morfina 3mg  
nem, nemido, entre os 2

Conteúdo: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.



—MORA  
—LENTO:

105c

[illegible]



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA  
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA  
00.529.443/0003-38

Emissão 14/12/2018  
Horário 15:44  
Página 1

PRONTUÁRIO: 166393 - 2  
PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA  
DATA: 14/12/2018  
LEITO: 105 C

<input checked="" type="checkbox"/> LÚCIDO E ORIENTADO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> DELÍRIUM/CAM-ICU	<input type="checkbox"/> COMATOSO-GLASGOW TOTAL	<input type="checkbox"/> SEDADO- RAMSEY TOTAL

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 \_\_\_\_\_ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº \_\_\_\_\_ ☐ TOT Nº \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: \_\_\_\_\_

TAXA VENTILATÓRIA: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: \_\_\_\_\_

M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> COOPERANTE	M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NÃO COOPERANTE
--	---

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO EM COT OU TOT
02 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TÉCNICAS DESOBSTRUTIVAS	21 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CRIOTERAPIA
04 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ELETROTHERAPIA
05 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ALONGAMENTO GLOBAL	30 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ORTOSTATISMO	31 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> HUFF
13 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TREINO DE MARCHA	32 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> PEAK FLOW
17 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO	36 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> THRESHOLD
18 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> SEDESTAÇÃO	37 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. Neli Vargosa  
Fisioterapeuta  
CREFIS 1257898-F  
15/12/18  
Carla Souza  
14/12/18

Interprete Carla Souza  
Hospital Santa Juliana  
FAP: 014.529.443/0003 - 1A  
Atividade nº 806 - Brasília





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA *Cardiologia*

LEITO Nº *15*

A CLÍNICA *Cardiologia*

ACIENTE:

*Carlos Simão de Oliveira*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO

*paciente com história de  
doença de coração evoluindo  
em função de insuficiência  
e se hipertensão. após exames  
de laboratório. Sel. Avaliação  
cardiológica e físico-cirúrgica*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA *15/10* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

*Conteúdo Original*  
*Hospital Santa Joana*  
CNPJ: 06.501.483/0001-90  
Rua Alcindo M. B. - Exm.

NOME DO MÉDICO:

DATA / / HORA:

DR. Italo Maia Vieira  
CRM: 0000000000  
CRM: 0000000000

Em 18/12  
Ingrid

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Carlos Simão de Oliveira

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr. Francisco Kuhlmann

DT: 08/12/18

DC: 14/12/18

DIAGNÓSTICO: Fratura da rodela  
distal direita

CONDUTA: Intossimila com  
placa com I + FK 1,5mm +  
tuca gesso

CUIDADOS GERAIS:

☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM  
RXs EM MÃOS

☒ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE

☒ USAR TALA ( ) USAR GESSO ☒ USAR TIPOIA

( ) NÃO PISAR

☒ FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

☒ MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:

☒ RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA

☒ Manter dentro do limite do Tala

AGENDAMENTO:

( ) PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☒ FUNDHACRE

Rio Branco-AC, 15/12/18

Paulo Manoel S. Jr.  
CRM 000000 e Traumatologia  
CRM 000000





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CAPTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO			
SÉRIE 100 1000 A TRANSITO NACIONAL <b>874355680</b>	<b>1000</b> <b>CARLOS RINDO DE OLIVEIRA</b>		
		RG/CPF/DTA/RENH/UF <b>418553 000 78</b>	
		DT <b>676.688.472-00</b>	
		DATA NASCIMENTO <b>27/06/1970</b>	
		NOME <b>SERAFIM LOUIZ DE OLIVEIRA</b> <b>KEZIA TEOFILO RINDO</b>	
SEX <b>M</b>		ALTURA <b>1,70</b>	
PESO <b>70</b>		DATA EXPIRAÇÃO <b>13/11/2002</b>	
<b>02/12/2011</b>			
			
PASSAGEM PLACARDIZADA <b>874355680</b>	CIDADE <b>RIO BRANCO - AC</b>		DATA EXPIRAÇÃO <b>13/04/2014</b>
	ASSINATURA 		DATA EXPIRAÇÃO <b>13/04/2014</b>
	IDENTIFICADORA <b>1453438738</b> <b>AC488554667</b>		DATA EXPIRAÇÃO <b>13/04/2014</b>
<b>DETRAN - AC (MDE)</b>			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
	<b>NOME</b> VANESSA XAVIER MAIA	
	<b>DOC. IDENTIFIC./OUT. IDENTIFIC.</b> 11613220 SEP AC	
	<b>DP</b> 818.679.202-94	
	<b>DATA DO NASCIMENTO</b> 28/06/1994	
	<b>Nome</b> JOSE GOMES MAIA FILHO DENISE SANTOS XAVIER	
<b>Sexo</b> F	<b>Estado</b> AC	<b>UF</b> AC
<b>CPF</b> 06247596092	<b>Validade</b> 18/11/2018	<b>Validade</b> 18/06/2016
		
<b>Local</b> RIO BRANCO - AC	<b>Data</b> 23/06/2015	<b>7565111543</b> AC406143643
<b>DITRON - AC (MCE)</b>		

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1022541686

PRIMEIRO PLASTIFICADA  
1022541686



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
o número 0800 647 7196

SEU CÓDIGO

0186821-7

Informações do faturamento do cliente:  
Rua: Valdeir Macedo, 100 - Bairro: Rio Branco - AC  
Cidade: RIO BRANCO - Estado: AC - CEP: 69.062-657  
CNPJ: 06.909.457/17287-00

UF de Nota Fiscal: 003060484

Informações de faturamento: 100% de energia  
transmitida em 10 dias de entrega de energia

CONTINER	VENCIMENTO	CONTINER TAM	TOTAL INDIAN
DEZEMBRO/2018	12/12/2018	74	42,37

ZELTA SINALO  
R. CEREJEIRA 150 CHICO MENDES  
CPF: 06099457/17287  
CEP: 69.062-657 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.21.002850

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	13074	Consumo	06/12/2018
Consumo	13000	Consumo	05/11/2018
Consumo	1,000	Consumo	04/01/2019
Consumo	74	Consumo	04/12/2018
Consumo	74	Consumo	06/12/2018

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de desconto: 31

Descrição	Valor	Descrição	Valor
RESIDENCIAL	MONO	7087207	1.1.1.1

Descrição	Valor	Descrição	Valor
NOV/18	83	CONSUMO	74 A R\$ 0,532808 = 39,42
OUT/18	84	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,91
SET/18	53	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,02
AGO/18	59	MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,02
JUL/18	27	JUROS DE HORA DE IMPO 11/18-00	0,01
JUN/18	133	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,61	
MAI/18	86		
ABR/18	90		
MAR/18	99		
FEV/18	113		

RENDIMENTO MENSAL DE ENERGIA ELÉTRICA

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28  
Parabéns! Até o dia 04/12/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESUMO DO FISCAL: 1195 5C9E 634A 9410 21BC 446C 597E 700A

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	38,35	Consumo	0,19
Consumo	0,00	Consumo	0,88
Consumo	0,00		
Consumo	0,00		
Consumo	1,07		

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	6,27	Consumo	3,71
Consumo	1,06	Consumo	1,27

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	10/2018	Consumo	26,80



**Declaração de Acidente de Trânsito Nº 546 / 2018**

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO  
DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

**1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE**

DATA: 08/12/2018 HORA: 08:59  
LOGRADOURO: AV. GOVERNADOR EDMUNDO PINTO, 276  
BAIRRO: RUI LINO CIDADE: RIO BRANCO UF: AC  
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO CORPO DE BOMBEIROS

**2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO**

PLACA: NXT - 4359 MARCA: YAMAHA MODELO: FACTOR YBR 125 ED ESPÉCIE: PASSAGEIRO  
RENAVAM: 00500448051 CHASSI: 9C6KE1500D0073659 COR: AZUL UF: AC  
PROPRIETÁRIO: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA CPF: 674.680.472-00  
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, 150 - LOT. ALTAMIRA - PLACAS CIDADE: RIO BRANCO

**3. DADOS DA VÍTIMA** (X) CONDUTOR ( ) PASSAGEIRO ( ) CICLISTA ( ) PEDESTRE

NOME: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA ESTADO CIVIL: Solteira  
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 27/05/1970 PROFISSÃO: AUTÔNOMO  
CPF: 674.680.472-00 RG: 618853 ORG.: SSP/PR  
NATURALIDADE: PARANÁ NACIONALIDADE: BRASILEIRO  
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL  
REGISTRO DA CNH: 02612019075 CATEGORIA: AB VALIDADE: 11/06/2019 UF: AC  
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, 150 - LOT. ALTAMIRA - PLACAS CIDADE: RIO BRANCO

**4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR**

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito - BPTRAN, o Sr. CARLOS SIMÃO PONTES, ele relata que no dia, local e horário supramencionados trafegava na referida motocicleta quando em dado momento um cachorro entrou na sua frente não sendo possível desviá-lo. Neste momento caiu no chão quebrando o punho e o braço direito. Sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para a HUERB, sob número do BE 2600713.

*Carlos Simão de Oliveira*

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

**5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL**

NOME: DORIVAL PEREIRA DE OLIVEIRA RG: 4297  
POSTO/GRAD: CB PM MATRÍCULA: 9187332-3 OPM: BPTRAN  
DATA: 26/12/2018 HORA: 14:47  
ASSINATURA: *Dorival Pereira de Oliveira*

**A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.  
ENQUADRAMENTO LEGAL - ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.  
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.**

SAMU <b>192</b>		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Evento: 24/12/2018 Hora Entrada: 08:54 Operador:	
Id da Ocorrência <b>1812080527</b>	Qtd Vítimas <b>1</b>	Evento: 08/12/2018 07:40 Data: 08/12/2018 08:03	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Caso: COLISÃO EXTERNA Módulo Descr.: COLISÃO ANIMAL A MOTO		

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Sistema: ANTONIO
Epi: R PRINCIPAL
Bairro: COLANTO RUI LINO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DO BOMBEIRO E O MERCADO RUI LINO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Sistema: (68) 956529695  
Quem: QUESA

Origem da Ligação: VIA PUBLICA

**VÍTIMAS**

Vítima <b>1</b>	Nome: CARLOS SIMÕES DE OLIVEIRA	Idade: 48 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

**AValiação NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 08:17
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRACO DIREITO EDMA LOCAL, COM POSSIVEL FRATURA DE RAO DISTAL E ESCORACOES BILATERAL SEM EXPOSICAO DESEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUICAO DO NIVEL DE CONSCIECIA.	
Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 07:43
	Avaliação: SOLICITANTE. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRACO DIREITO EDMA LOCAL. SEM EXPOSICAO DESEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUICAO DO NIVEL DE CONSCIECIA.	

**AValiação ESTRUTURADA**
**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Decisão: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO-NEGRAS		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Interação:		
	Observação:		
Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Decisão: ENVIAR DE VEICULO		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Decisão: LOCAL DA OCORRENCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Interação:		
	Observação:		

**CONCLUSÃO**

#### MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

VEIC 1	Veículo: USB 05 RSO	Departamento: Edifício: 08/12/2018 07:55
	De: Rm: Sala Base: 08/12/2018 07:55	Di: Rm: Chegada: Sala: 08/12/2018 08:00
	De: Rm: Sala Linear: 08/12/2018 08:10	Di: Rm: Chegada: Tiro: 08/12/2018 08:27
	De: Rm: Sala Direita: 08/12/2018 08:26	Di: Rm: Chegada: Tiro: 08/12/2018 08:33

#### MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data e Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:05	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:15	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELAID	08/12/2018 08:37	JANINE DA SILVA LIMA DELAID	EM FILA





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 674.680.472-00 Nome completo da vítima: Carlos Simão de Oliveira

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

Nome completo: Carlos Simão de Oliveira CPF: 674.680.472-00  
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Cruzura Número: 150 Complemento: Casa  
Bairro: Chico Mendes Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 69.902-657  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (68)99922-5105

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

### RENDA MENSAL:

☐ RECUSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 36551 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima 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: Vítima deixou nascer? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Rio Branco-AC, 23 de janeiro de 2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À 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.





BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02840-1

CONTA: 000000012512-1

Nr. Autenticação

BRDESCO2301201205000000000023702840000000012512236250 PAGO

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2011/442584**  
Vítima: **CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**  
Local: **AC-RIO BRANCO**  
Data do Acidente: **31/07/2011**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

#### **Membro inferior Esquerdo**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

#### **Fratura de perna esquerda=Tratamento cirurgico**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

#### **relata dor e claudicação de marcha.**

V.Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
    b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
    b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido



## Segmento Anatômico

1ª Lesão

**mie**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 05/01/2012**

**Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM**

**Médico Revisor: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 5263021-7 RJ**

Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7  


Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



Solicitação de nova perícia medica

Eu, **Carlos Simão de oliveira**, portador do RG: 02612019075 DT/AC, e CPF: 674680472-00, residente no endereço, Rua Cerejeira, 150- loteamento Altamira- Placas, telefone: **(68) 3223-3905/ (68)3224-1316**.

Venho através desta solicitação há seguradora líder uma nova data de perícia medica para o meu **Sinistro: 2011/442584**, porque eu não pude comparecer na minha pericia no dia marcado, peço a compreensão de todos e desde já obrigado.

Por ser verdade dou fé e assino o presente.

**Carlos Simão de Oliveira**

**Rio Branco-Acre, 14/12/2011**

**RECEBIDO 23 DEZ 2011**

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004089



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

-SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT-

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a de indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras. Para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Carlos Símon De Oliveira PORTADOR / A DO RG 02612019075 DETRAN-AC EM 12/03/2009 CPF 674.680.472-00 CNPJ N°

Profissão autônomo RENDA MENSAL DE R\$ 545,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA, CARLOS SÍMON DE OLIVEIRA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM ~~CONTA CORRENTE~~ (ACEITAS CONTAS DE TOCOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA SE EXISTIR) 2849-1Nº CONTA POUPANÇA 012532-1☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 003 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_ Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA SE EXISTIR) \_\_\_\_\_

Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) \_\_\_\_\_ Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Branco, Acre DATA 24/08/2011ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Carlos Símon de Oliveira

ATENÇÃO—O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela superintendência de seguros Privados-SUSEP).

-Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h. —A circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

RECEBIDO 11 NOV 2011




**DETRAN**  
**ACRE**  
 DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**BOLETIM DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

036047

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA <b>Beco São José, Bairro: SUETE VAREAS</b>		03 MUNICÍPIO <b>RIO BRANCO</b>		04 UF <b>AC</b>	
05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC... <b>em Frente ao Salão de Beleza DEVA Fashion</b>		06 HORARIO DO ACIDENTE <b>08:10hs</b>		07 ZONA URBANA / RURAL <input type="checkbox"/> URBANA <input checked="" type="checkbox"/> RURAL	
08 DATA <b>13/07/2011</b>		09 DIA DA SEMANA <b>domingo</b>			
10 NATUREZA DO ACIDENTE		11 TIPO DE PAVIMENTO		12 CONDIÇÕES DA VIA	
ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> 1 COLISÃO <input checked="" type="checkbox"/> 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO <input type="checkbox"/> 7 OUTRA (ESPECIFICAR) <input type="checkbox"/> 9		ASFALTO <input checked="" type="checkbox"/> 1 CONCRETO <input type="checkbox"/> 3 PARALELEPÍEDO <input type="checkbox"/> 5 CASCALHO <input type="checkbox"/> 7 TERRA <input type="checkbox"/> 9 AREIA <input type="checkbox"/> 2		SECA <input checked="" type="checkbox"/> 1 MOLHADA <input type="checkbox"/> 3 OLÉOSA <input type="checkbox"/> 5 ELAMEADA <input type="checkbox"/> 7 DANIFICADA <input type="checkbox"/> 9 OBRAS <input type="checkbox"/> 2	
		13 CONDIÇÕES DO TEMPO		14 N° DE VEÍCULOS	
		BOM <input checked="" type="checkbox"/> 1 CHUVA <input type="checkbox"/> 3 NEBLINA <input type="checkbox"/> 5 GAROA <input type="checkbox"/> 7		<b>02</b>	
				15 N° DE VÍTIMAS	
				SEM VÍTIMAS <input type="checkbox"/> COM VÍTIMAS <input checked="" type="checkbox"/>	
16 NOME CONDUTOR <b>MARIEDISON DE OLIVEIRA MOURA</b>		17 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		18 NASCIMENTO <b>22/05/1970</b>	
19 ENDEREÇO <b>Rua 16 de julho n° 391, Bairro: BOA União, Tel: 8405-1337</b>					
20 1ª HABILITAÇÃO <b>10/11/1992</b>		21 CATEGORIA <b>AO</b>		22 PRONTUÁRIO <b>05436370072</b>	
23 UF <b>AC</b>		24 EX. NÉQUIA EM DIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		25 USAVA CINTO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
26 USAVA CAPOTE <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		27 MARCA <b>VW GOL 1000</b>		28 ESPÉCIE <b>PAS/Automovel</b>	
29 PLACA <b>MZP3047</b>		30 MUNICÍPIO <b>RIO BRANCO</b>		31 UF <b>AC</b>	
32 NOME DO PROPRIETÁRIO <b>O mesmo</b>		33 ENDEREÇO			
34 CHASSIS <b>9 BWZZZ 30 ZPT037993</b>		35 COMPARECEU NO POSTO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
36 AVARIAS <b>Setor Angular esquerdo (pequena mont)</b>		37 CARRO		38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA <b>Beco São José - Rua Rio de Janeiro</b>	
39 AÇÃO DO CONDUTOR <b>Permaneceu no local</b>		40 PONTOS <b>3</b>		41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
42 NOME CONDUTOR <b>CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA Tel: 9281-0254</b>		43 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		44 NASCIMENTO <b>21/10/1979</b>	
45 ENDEREÇO <b>Rua de Davi n° 386, Bairro: Jardim Eldorado</b>					
46 1ª HABILITAÇÃO <b>13/11/2002</b>		47 CATEGORIA <b>AB</b>		48 PRONTUÁRIO <b>0262019079</b>	
49 UF <b>AC</b>		50 EX. NÉQUIA EM DIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		51 USAVA CINTO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
52 USAVA CAPOTE <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		53 MARCA <b>HONDA CG 150 TITANKS</b>		54 ESPÉCIE <b>PAS/Motociclo</b>	
55 PLACA <b>NCB5044</b>		56 MUNICÍPIO <b>RIO BRANCO</b>		57 UF <b>AC</b>	
58 NOME DO PROPRIETÁRIO <b>O mesmo</b>		59 ENDEREÇO			
60 CHASSIS <b>9C2KC08105R096358</b>		61 COMPARECEU NO POSTO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
62 AVARIAS <b>Pequena mont</b>		63 CARRO		64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA <b>Beco São José</b>	
65 AÇÃO DO CONDUTOR <b>Condizido pelo SAMU ao pronto socorro</b>		66 PONTOS <b>5</b>		67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
68 NOME		69 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		70 NASCIMENTO	
71 ENDEREÇO		72 IDENTIDADE N°		73 ORGÃO EMISSOR	
74 UF		75 NOME		76 SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
77 NASCIMENTO		78 IDENTIDADE N°		79 ORGÃO EMISSOR	
80 UF					

Compare com o Original  
Em: 02/08/11  
Hilda Lima de Souza  
Mat: 6300252  
DETRAN/AC

RECEBIDO 11 NOV 2011

VÍTIMAS	82 NOME	Condutor do V-02			83 SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	84 NASCIMENTO		
	85 ENDEREÇO				86 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VALIAVA NO VEÍCULO N°	88 USAVA CINTO	
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	90 CONDUZIDA PARA						
	91 NOME								
VÍTIMAS	91 NOME				92 SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	93 NASCIMENTO		
	94 ENDEREÇO				95 FERIMENTOS	LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VALIAVA NO VEÍCULO N°	97 USAVA CINTO	
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA	CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>	99 CONDUZIDA PARA						
	91 NOME								

# 100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Confere com o Original  
Em 05/08/14

Hilda Lima de Souza  
Mat 9306252  
DETRAN/AC

## 101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informo que a Perícia compareceu no local e tomou as devidas providências. Segundo o condutor do V-01, o Condutor do V-02 foi conduzido ao P.S. Apontamento com fratura na perna esquerda. Informo que o V-02 ficou sob a responsabilidade do Senhor ELANDRO VIGARA DA SILVA N.R. 05084825411 CPF: 484.314.312-68 Id: 2218-8804 Amigo do condutor; também foi entregue os dois documentos CNH e CRLV bem como a sua carteira e o seu celular para o Senhor Elandro Vigara da Silva. O Senhor Elandro Vigara da Silva é o responsável na delegacia da Polícia Regional.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA	V-01	103 MOTORISTA	V-02	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO
105 NOME	MARCELISSON DE OLIVEIRA MOURA	106 NOME	CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA	107 NOME / RG
108 ASSINATURA	Marcelisson D. Moura	109 ASSINATURA		110 ASSINATURA
111 LOCAL	Rio Branco - AC			112 DATA
				31/07/2014



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL

Maria Lúcia Barbosa Jaccoud,  
Delegada de Polícia Civil da Delegacia de  
Polícia da 5ª Regional de Rio  
Branco Acre.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML  
1004029



Tendo sido uma constante nesta Delegacia de Polícia da 5ª Regional, o pedido por diversas pessoas da população local o encaminhamento a exame de lesões corporais para aquisição de seguro DPVAT. Tal pedido, como regra, está relacionado a fatos que ultrapassam o prazo legal para que seja possível o encaminhamento ao Instituto Médico Legal.

A lei 6.194/74, que dispõe sobre o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causado por veículos automotores da via terrestre, em seu art. 5º, parágrafo quinto, com redação dada pela lei 11.945 de 2009, determina que o prazo limite de 90 (noventa) dias da data do fato para que o Instituto Médico Legal possa verificar a existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

Em razão do exposto, tendo o fato ocorrido em tempo superior aos 90 dias citados, o pleito para o encaminhamento a exame de lesões corporais será indeferido. Não pode o Instituto Médico Legal ser mobilizado se inexistir fundamento legal para tanto.

Ademais, para os fatos ocorridos em tempo superior aos 90 (noventa dias), ressalta-se que o caput do art. 5º da referida lei determina que "o pagamento será efetuado mediante simples prova do acidente e dano decorrente", sendo possível, portanto, a utilização de outros meios de prova para fundamentar o pedido do DPVAT.

Rio Branco - Acre, 9 de maio de 2011

Maria Lúcia Barbosa Jaccoud  
Delegada de Polícia.

Ari Celio de Oliveira Rege  
Delegado de Polícia

Rua Anara, nº 212, Conjunto Adalberto Sena, CEP 68.010-000  
Fone: (063) 3228-2357

3ª Tabelionato de Notas de Rio Branco - AC  
Control. 080016310-5F44 Selo AA - 7818372  
AUTENTICAÇÃO

Confere com o Documento Original Apresentado. Dou Fe  
Rio Branco - AC, 08 de Novembro de 2011. Total: 25,20  
Em test. da verdade  
Tatiana Gomes Caspconcelos  
Escritor de Autenticação



RECEBIDO 11 NOV 2011



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
1004040



Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a) Carlos Simão De Oliveira, brasileiro(a), divorciado, portador (a) do RG: 02612019075 DETRAN-AC em 12/05/2009 e CPF : 674.680.472-00, declaro, para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua cerejeira, nº150, loteamento Altamira, Bairro placas, no município de Rio Branco Acre.

Código de Endereço Postal (CEP) nº 69.900-000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

RIO BRANCO -AC, 24 de Agosto de 2011

ASS:

Carlos Simão De Oliveira

(68) 3223.3905

RECEBIDO 11 NOV 2011

Rio Branco 03 de novembro de 2011

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR  
1004031



O Sr. Carlos Simão de Oliveira, sofreu acidente de trânsito no dia 31-07-2011 sendo atendido no HUEB, conforme a ficha N 1752014..

Na ocasião apresentou fratura exposta da perna esquerda sendo submetido a cirurgia ortopédica com fixação externa.

Atualmente refere dor crônica, e inchaço discreto na perna esquerda que dificulta a marcha.

Ao exame físico do membro inferior esquerdo apresenta cicatriz da lesão traumática na perna, hipotrofia do membro, tumefação da perna e limitação para a mobilidade de joelho e tornozelo em 30%.

Como consequência apresenta lesão irreversível na perna esquerda



José L. Silveiro C.  
Médico Ortopedista  
CRM 483 - AC

RECEBIDO 11 NOV 2011

DO BE: 1752014 DATA: 31/07/2011 HORA: 09:05 USUARIO: ALESSANDRA  
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA DOC...: N.T  
IDADE...: 41 ANOS NASC: 27/05/1970 SEXO...: MASCULINO  
ENDEREÇO...: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA NUMERO: 150  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PLACAS  
MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:  
NOME PAI/MAE...: Sebastião Luiz de Oliveira / ZELIA TONIA SIMAO  
RESPONSÁVEL...: VEIO COM SAMU TEL...: 9281.028  
PROCEDENCIA...: IVETE VARGAS  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE...: NÃO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ 130 X 90 mmHg ] PULSO: [ 84 ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] CURVA TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NÃO *conferência Original*

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: [ ]

Acidente Virado de cabeça de MÔNTEIRO HA 2  
30 minutos (causa mecânica x automotiva)  
e trauma contuso em ME + fratura de  
ANOTACAO DA ENFERMAGEM  
# NGA Renda de consciência / vômitos pós-  
trauma

Diagnóstico: Lesões traumáticas / fraturas  
crônicas; Lesões traumáticas / fraturas

do exame: REG, consciência e linguagem,  
avaliação neurológica: reflexos normocrânicos,  
Glasgow (4+3+6=13); inspeção e palpção  
crânio-facial sem anormalidades; Região  
cervical sem anormalidades; Auscultação  
cardíaca normal, pulmões hiperinflados  
alta: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
Internação no próprio hospital (setor):  
flácido, incolor, não reativo.

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
até 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: [ ] ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: [ ]

Dr. Paulo Henrique  
11/11/2011  
DIANNO 28, JU, 04/04/11 - 98  
Filipe L... JU, 12/12/11 - 98  
Sor - 01/04/11, JU 9/10  
Souza - 01/04/11, JU 9/10  
RECEBIDO 11 NOV 2011

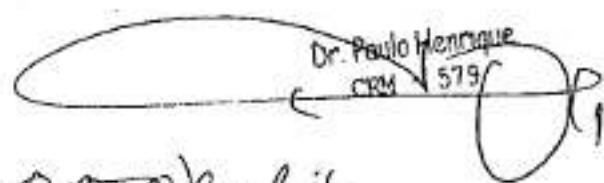


31/07/2011 (10:15h) CLÍNICO CIRÚRGICO

- Rx's (sem imagens radiológicas), sem evidências de anormalidades reacionais do fêmur, exceto o Rx do peroneo esquerdo que evidenciam fratura de fíbula e tibia.

CONCLUSÃO: 1) ALTA DO PONTO DE VISTA DO CIRÚRGICO GERAL


2) DORSAÇÃO E CONDUZIR ORTOPÉDICO.

  
Dr. Paulo Henrique  
CRM 579

ORTOPÉDICO:

10: FMM. SEP + (BIA) (E)

11: MO C-C para Pto Est

  
Jose J. Almeida  
Médico Ortopedista  
CRM 453-AC





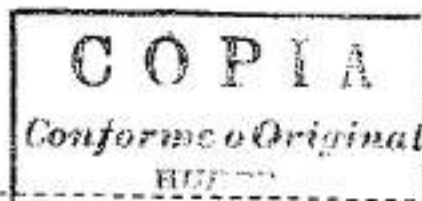
HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 57604  
Nome.....: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA  
Documento.....: N.T  
Tipo :  
Data de Nascimento: 27/05/1970  
Idade: 41 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA  
Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO  
Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA 00150  
Bairro.....: PLACAS  
Cep.: 99999-999  
Telefone.....: 000000092810254  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA  
No. do BE: 1752014  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 041.0157  
Data da Internacao: 31/07/2011  
Hora da Internacao: 10:00  
Medico Solicitante: 352.897.245-91 - PAULO HENRIQUE SAMPAIO VALADARES  
Proced. Solicitado: 04.08.02:039-3  
Diagnostico.....: S42.3  
Identif. Operador.: ROSE



RECEBIDO 11 NOV 2011



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2. CRES

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4. CRES

## Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE

Carlos Simão de Oliveira

6. Nº DO PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8. DATA DE NASCIMENTO

27/05/70

9. SEXO

MASC ☒ 1 FEM ☐ 2

10. NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Localamento de Lamira - Rua Zoroastrica nº 150 A

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14. COT. IBGE MUNICÍPIO

15. UF

16. CEP

TA 69900000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

vitium de acidente de trânsito espontâneo  
ferida cc 20 cm na 1/2 superior perna  
esquerda e deformidade da perna

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo cirúrgico

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

Rx: FRAT. 1/3 meto fíbula fémur

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA EXP. 1/3 FIBULA E FEMUR

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSA ASSOCIADA

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

limpeza cirúrgica + fixação

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO

29. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Silveira

31. DATA DA SOLICITAÇÃO

3/12/11

32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34. ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35. ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. Nº DO SINISTRO

38. SÉRIE

39. CNPJ DA EMPRESA

40. CNIE EMPRESA

41. CBOR

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO ASSEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. Cód. Órgão Emissor

45. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

46. DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

47. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48. DATA DA AUTORIZAÇÃO

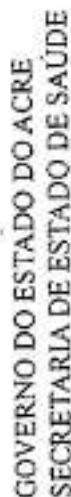
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COPIA

Conforme o Original

RECEBIDO 11 NOV 2011





Carlos Simoes de Oliveira

IDADE: 41 AN. REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO: 1

CEB LEITO: 157

[illegible]

RECEBIDO 11 NOV 2011

## EVOLUÇÃO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIO

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT = DI = 31/07/11

07<sup>2</sup> DIH

CEFALOTINA D 2

GENTAMICINA D 2

+ FX EXPOSTA DE TÍBIA E

2 PO LC + F.E.

Falta de controle

Joaquim

VDR

FISIOTERAPIA

RECEBIDO 11 NOV 2011

Paciente orientado em casa.  
Exercícios ativos de MIE;  
mobilização dos membros do  
MIE;  
orientações p/ realização  
de exercícios durante  
o dia;  
exclusão de fumo e álcool  
Lunáticos.  
Dr. Lennam Silva Ramos  
Fisic. peuta - NASF  
CREF. 092835-171.

01- DIETA ORAL LIVRE

02- SRL 500ML IV 8/8H

03- TRAMAL 100MG + SE 0,9% IV 8/8H S/N

04- DIFIRONA 1G IV 4/4H

05- TILATIL 20MG IV 12/12H

06- PLASIL 10MG IV 8/8H S/N

07- AMITRIPTILINA 25MG VO 12/12H

08- DIAZEPAM 5MG VO 12/12H

09- OMEPRAZOL 20MG VO 1X/DIA

10- RANITIDINA 1 CP VO 12/12H SE NÃO  
TIVER O OMEPRAZOL (ITEM 09)

11- MANTER NEMERO ELEVADO

12- CURATIVO DIÁRIO

13- EST RESPIRATÓRIA E MOTORA

14- CSV + CG

15- CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

16- LIQUEURINE 5000 UI SC 12/12H SE NÃO  
TIVER O CLEXANE17- CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU  
PAD > 110 mmHg

18- CEFALOTINA 1G IV 6/8H

19- GENTAMICINA 240MG + 300ML SG54 IV  
LENTO 1X/DIA

01/08-11 - Encontro com  
conferente a respeito do  
lanho de aspersão do  
depoimento de cama + curativo  
na perna e presença de  
diuretico na medicação em  
média. Quantidade de 14.8h  
Quelunco expresse de  
diuretico. Após medicação  
ocultar chato e evacuar  
urina presente. PA=110/70mmHg  
de saúde

CÓPIA  
Conforme Original  
HUEB

16  
10/08/2011  
SSE EULLER  
Médico Residente  
ORTOPÉDICA TRAUMATOLOGIA  
09/08/2011







Governo Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR

CENTRO CIRÚRGICO - HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HI

NOTA DA SALA: \_\_\_\_\_  
DATA: 31 / 07 / 2011  
NOME DO PACIENTE: Carlos Simão de Oliveira  
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) LOCAL ( ) AMBULATÓRIO ( )  
ANESTESIA GERAL ( ) RAQUEANESTESIA (x) LOCAL ( ) OUTRAS ( )  
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:55h TERMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO REALIZADO: Puncção Cirúrgica de Furo Externa Tibial (E)  
INÍCIO DA CIRURGIA: 11:50 TERMINO DA CIRURGIA: 12:05  
CIRURGIÃO: Dr. Salveiro AUXILIAR (ES): \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: Dr. Balsa + Dr. Delacort INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
CIRCULANTE: Fátima + Rômulo + Ana ENF: Valéria  
ENCAMINHADO: AS HORAS: \_\_\_\_\_

MATERIAL / MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
Atropina	Agulha desc. N° 1 40x12	Sonda Retal N°
Bupivacaína C. Epinefrina	Agulha desc. N°	Sonda Uretal N°
Bupivacaína Pesada 0,5 %	Algodão Ortopédico	Sonda Foley N°
Bupivacaína S. Vasodilatador	Algodão p/ Raquer	Scalp N°
Diazepam 10 mg	Atadura Gessada	Fio de Kirschner N°
Diluyente	Atadura de Crepom 1/2	Fio de Staymann N°
Dormonid	Abocath N°	Fio de Moniere N°
Enturado	Abocath N°	Fio de Mononaylon N°
Epinefrina	Coletor Universal	Fio de Mononaylon N° 20
Etomidato	Bolsa C. urina	Fio de sutupak N°
Fentamil	Chumaco Grande	Fio C. Cremado N°
Flagyl	Bolsa p/ Colostomia	Fio C. Simples N°
Furosemida	C. Traqueostomia N°	Fio Vicril N°
Haloteno	C. Endotracheal N°	Fio Vicril N°
Hidrocortisona	Chumaco Pequeno	Fio
Inoval	Compressa cirúrgica	Fio
Isoflurano	Dreno de Penrose N°	Fio
Keflin	Dreno de Penrose N°	Fio
Ketalar	Dreno de Penrose N°	Fio
Lidocaina 2% 20ml	Equipo p/ soro	
Lidocaina 2% 5ml	Dreno de Penrose N°	
Lidocaina Gel	Gases 200 ml	
Manitol	Gel Foan	
Pavulon	Intracate N°	
Pleel	Luvas Cirúrgica 7,5	
Prostigmim	Kit Dreno Torax N°	
Quelicim	Lamina de Bisturi N°	
Soro Fisiológico 0,9%	Luvas Cirúrgica 8,0	
Soro Glicosado 5%	Seringa de 10 ml	
Soro Ringer Lactado	Seringa de 20 ml	
Sulfadiazina de Prato	Luvas p/ Procedimento	
Tiopental Sodico	Seringa de 5 ml	
S.P. 30x10x10	Sonda Nasogastrica N°	
	Sonda Nasogastrica N°	
	Sonda p/ Aspiração N°	

ASSINATURA DO CIRCULANTE: \_\_\_\_\_

Conforme Original

RECEBIDO 11 NOV 2011

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

RELATÓRIO  
DE  
CIRURGIA

UNIDADE: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA Registro \_\_\_\_\_Idade: 41 A Observação: \_\_\_\_\_Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXP. PORT. TÍBIA ESQ.Cirurgia proposta: LIMPZ. CRURE + FIO. EXT.

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_

Data

31/7/11

Cirurgião

Dr. SILVANO

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. PEDRO

Anestesia

RAPID

Acidentes durante o ato cirúrgico

( ) Sim

( ) Não

Descrição: \_\_\_\_\_

Bópsia de congelação

( ) Sim

( ) Não

COPIA  
Conforme o Original  
HUEB

Diagnóstico patológico: \_\_\_\_\_

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

( ) Enfermaria

( ) CTI

( ) Residência

( ) Óbito

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- Ferida co na 1/2 superior perna.
- LIMPZ.
- Lavagem c/ SF abundante
- redução da fratura + FIO. EXT.
- PUNÇÃO

RECEBIDO 11 NOV 2011



Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



HOSPITAL  
URGENCIAS E EMERGENCIAS

### FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Carlos Roberto de Silveira</u>		Idade: <u>44</u>	Sexo: <u>M.</u>	Cor: <u>Pau</u>	Registro / BE: <u>352214</u>			
Setor proc: <input checked="" type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI								
Alt	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (lpm)	Tax (°C)	Sal O <sub>2</sub> (%)	Grupo Sanguíneo	Fator Rh
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT/BD/BI	TGO/TGP
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Falco Agudo de T. G. G. G. G.</u>								
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV: <u>W. S. M.</u>		ECG: <u>R. S. M.</u>		Alergias: <u>W. S. M.</u>		
ACV: <u>W. S. M.</u>		Pescado: <u>W. S. M.</u>		Peças Dent: <u>W. S. M.</u>				
Ap. Digestivo/Dentes: <u>W. S. M.</u>		Drogas em Uso: <u>W. S. M.</u>						
Ap. Urinário: <u>W. S. M.</u>								
Estado Mental: <u>W. S. M.</u>								
Anestesias Anteriores: <u>W. S. M.</u>		ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Risco				
Medicação Pré-anestésica: <u>MORF + F+N 60mg</u>		Hora: <u>33:20</u>		Efeito: <u>W. S. M.</u>				
HORA: <u>11:15</u>								
GASES	O <sub>2</sub> Ry.							
	7L NO:							
HALOG								
Líquidos	GLB							
	MSE							
SÍMBOLOS	SpO <sub>2</sub>							
V Pressão Arterial / ● Pulso / — Respiração								
X Anestesia / O Cirurgia								

COPIA

#### DROGAS ADMINISTRADAS

- 1º Propofol 0.5% 100mg
- 2º Morfina 10mg
- 3º Propofol 0.5% 100mg
- 4º Propofol 0.5% 100mg
- 5º Propofol 0.5% 100mg
- 6º Propofol 0.5% 100mg
- 7º Propofol 0.5% 100mg
- 8º Propofol 0.5% 100mg
- 9º Propofol 0.5% 100mg

Técnica: Intubação orotraqueal  
Cirurgia: T. C. de fratura de T. G. G. G.  
Cirurgião Auxiliar: Dr. Silveira - Tec. Zé  
OBS: W. S. M.

Monitorização: ECG + PAm + SpO<sub>2</sub>  
Ap. Resp: SpO<sub>2</sub>  
Ap. CV: ECG + PAm

RECEBIDO 11 NOV 2011

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo)

Pedro C. Pinho  
Anestesiologista

Délio Damasceno  
Anestesiologista



# HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

vitim de acidente de trânsito  
apresentando feridas na perna e  
e deslocadas

História da Doença Anterior: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

FMT - Exp - PERNA ETS

Motivo da Cobrança: \_\_\_\_\_

12

RECEBIDO 11 NOV 2011

- 11-ALTA CURADA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓ PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓ PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS AF A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/ OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/ RECÉM-

COPIA  
Conforme Original  
HUEB

RECEBIDO 11 NOV 2011

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

SECRETARIA DE SEGURANCIA PUBLICA

NOME: CARLOS, SINAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICACAO: 618811-8

CITY: 674-360-471-00

DATA DE NASCIMENTO: 27/03/1970

PERFIL: SERASTAO LUIS DE OLIVEIRA

END. RESIDENCIAL: SINAO DE OLIVEIRA

PROFISSAO: ADVOGADO

AC: 674-360-471-00

COL. N.º: 674-360-471-00

0261201967508

06/04/2014

13/11/2002

032836147

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



LOT 18

1550

13/06/2009

13/06/2009

13/06/2009

RECEBIDO 11 NOV 2011

RECIBO 11 NOV 2011

DUT  
1004032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

923471304

674.680.472-00 Nº 923471304  
Nº 5044 RD 9028008105096358

CAS/MOTOCICLO/NAU APPLICADA CASO LINA  
HONDA CG 150 TITAN  
007P/0149CC/

1. XPAQUY  
P. 1.000.000  
V. 1.000.000  
A. 1.000.000

BENEFICIÁRIO  
FELIPE SILVA DE LIMA

*[Handwritten signature]*  
A. Silva

BILHETE DE SEGURO DPVAT

AC Nº 9234703940  
01 674.680.472-00 Nº 5044

001122520 HONDA TITAN K9  
00010810096358

PRÊMIO TAFARIO  
R\$ 123.33 R\$ 137.03  
R\$ 15 R\$ 279.27

28/04/2011

Seguradora Líder em Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

Constituição que o presente documento  
confere com o original. E por ser  
adequado

*[Handwritten signature]*  
Roberto Carlos Silva de Souza  
Escrivão de Polícia  
Matrícula - 9014357-1



QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente

Vítima: Carlos Simão De Oliveira

CPF 674.680.472-00

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

☒ Vítima
 ☐ Representante Legal

Nome: Carlos Simão De Oliveira

Endereço para Correspondência: Rua cecília; loteamento

Nº: 150

Complemento:

Bairro: placas

Cidade: Rio Branco

UF: AC

CEP: 69.900-000

Telefone para contato: (68) 3223.3905

Preencha com ☒

para documentação entregue

para documentação faltante

UUTMUS

1004054

DOCUMENTOS BÁSICOS

☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
 ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
 ☐ CPF da vítima
 ☐ Comprovante de residência da vítima
 ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
 ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
 ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
 ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do Internamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
 ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
 ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

☐ Procuração
 ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
 ☐ CPF
 ☐ 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, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 24/08/2011

Nome Carlos Simão de Oliveira

Identidade CNH: 02612013075 DETRAN-AC

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência
 

Nome

RECEBIDO 11 NOV 2011

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2011442584**Cidade:** RIO BRANCO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS SIMAO  
DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 31/07/2011**Emissor do  
parecer:** André de  
Oliveira Leal**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 52643610

## PARECER

**Data da análise:** 29/11/2011**Valoração do  
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA**Resultados  
terapêuticos:****Sequelas  
permanentes:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das  
sequelas:****Documentos  
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** ANDRE**UF do CRM do  
médico:** RJ

## DANOS

**Dano****% Dimensão Graduação**

Danos não definidos.

**Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2011442584**Cidade:** RIO BRANCO**Natureza:** Invalidez**Vítima:** CARLOS SIMAO  
DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 31/07/2011**Emissor do parecer:** Flavio Reis da  
Fonseca**Seguradora:** FEDERAL DE  
SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2678

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de perna esquerda**Descrição do exame médico pericial:** relata dor e claudicação de marcha.**Resultados terapêuticos:** Fratura de perna esquerda=Tratamento cirurgico**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 05/01/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ**UF do CRM do médico:** AM

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

**% Dimensão Graduação**

70 1 25

**Valor avaliado:** 2.362,50



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

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

Boletín(s): 102595004

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



## 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:

[illegible]

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: 333.0028479-5 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

NIRE: 333.0028419-0. Protocolo: 00-2018/01133-4 Data do protocolo: 20/07/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 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 Tôrres	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

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: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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

Pág. 4/13





**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/e

**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,  $\frac{1}{4}$  (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  $\frac{2}{3}$  (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





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 Assembleias 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



15/4

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

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

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral



## 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 Assembléia, 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> DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmino Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600	ADB2B690 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> <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b> Escrivente CTR 46062 série 06077 ME Aut. 2013 3ª Lei 8.936/94



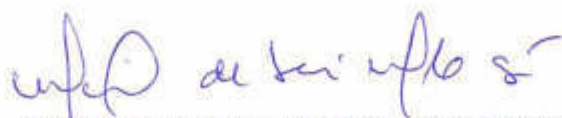
### SUBSTABELECIMENTO

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; **JOSELAINÉ 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**

