



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: **RÁLITON DE SOUZA MOTA**, brasileiro, SOLTEIRO, MESTRE DE OBRA, portador da cédula de identidade nº 83.892, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 241.531.252-53, residente e domiciliado na Rua IGUSLAVIA, nº 588, Bairro CAUAMÉ, nesta Capital, CEP 69.311-087, e-mail: **raliton_de_souza@hotmail.com**.

OUTORGADO: **MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES**, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. **205-B**, e **MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: **marconevesadvogados@gmail.com**.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, propor AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA, em desfavor da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, receber alvará e levantar importância em nome do Outorgante em qualquer agência Bancária referente a presente proposta, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15).. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 03 de outubro de 2018.

RÁLITON DE SOUZA MOTA
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

NOME: RÁLITON DE SOUZA MOTA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

RG nº. 83.892 SSP-RR **PROFISSÃO:** MESTRE DE OBRA

CPF/MF nº. 241.531.252-53

ENDEREÇO: RUA: IUGUSLAVIA, N°. 588, BAIRRO: CAUAMÉ, BOA VISTA-RR.

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

Boa Vista/RR, 11 de Outubro de 2018.

RÁLITON DE SOUZA MOTA.
DECLARANTE



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10901834

A/C: RALITON DE SOUZA MOTA

Sinistro: 3170117621 ASL-0079323/17
Vítima: RALITON DE SOUZA MOTA
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RALITON DE SOUZA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000046688-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00709/00710 - carta_15R

00040355

<p>A CARTEIRA PROFISSIONAL</p> <p>O principal defensor dos interesses do trabalhador é o próprio trabalhador. Sem sua participação nenhuma conquista é legítima e duradoura.</p> <p>A Carteira de Trabalho, que a lei instituiu para proteger o trabalhador e documentar a história de sua vida no emprego, é uma dessas conquistas.</p> <p>Compete ao trabalhador zelar pela sua posse e integridade para que dela faça uso, quando necessário, na obtenção de direitos que a lei consagrou.</p> <p>Murillo Macêdo</p>	<div><p>MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO</p><p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p><p>00005 - Am Série</p><p>41305 Número</p><div><p>Polígono Direito</p></div><p>ASSINATURA DO PORTADOR</p><p><i>Murillo Macêdo</i></p></div>
---	---



12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
Rua N°
Município Est
Esp. do estabelecimento
Cargo C.B.O. n°
Data admissão de de 19
Registro n° Fls/Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
1º
2º
Data saída de de 19
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
1º
2º

13

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
Rua N°
Município Est
Esp. do estabelecimento
Cargo C.B.O. n°
Data admissão de de 19
Registro n° Fls/Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
1º
2º
Data saída de de 19
Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.
1º
2º



<p>6</p> <p>QUALIFICAÇÃO CIVIL</p> <p>Nome <u>Rafael de Souza Mota</u></p> <p>Loc. Nasc. <u>Boa Vista</u></p> <p>Est. <u>Roraima</u> Data <u>07/05/69</u></p> <p>Filiação <u>Quarez Olves Mota e de</u> <u>Jerônila de Souza Mota</u></p> <p>Est. Civil <u>solteiro</u> Doc. N° <u>4460</u></p> <p>Fls. <u>21</u> Liv. <u>5</u> Reg. Civil <u>out. nac.</u></p> <p>Outro doc. <u>vide pag 56.</u></p> <p>Situação Militar: Doc. _____</p> <p>N° _____ Órgão _____ Est. _____</p> <p>Naturalizado Dec. N° _____ Em _____/_____/____</p> <p>ESTRANGEIROS</p> <p>Chegada ao Brasil em _____</p> <p>Doc. Ident. N° _____ Exp. em _____/_____/____</p> <p>Estado _____</p> <p>Obs. _____</p> <p>Data Emissão <u>29/10/86</u> DRT <u>AM/RP</u></p> <p><u>Waldemar</u> Assinatura do Funcionário</p> <p>Waldemar Costa da Silva MAT. 9397</p>	<p>ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)</p> <p>Nome _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Est. Civil _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Est. Civil _____</p> <p>Doc. _____</p> <p>Nascimento _____</p> <p>Doc. _____</p>
---	--



RECIBO DE ENTREGA DO DOCUMENTO
O presente documento foi entregue em mãos de
PARA QUALQUER PRESENTAÇÃO DE
DA RECEITA FEDERAL

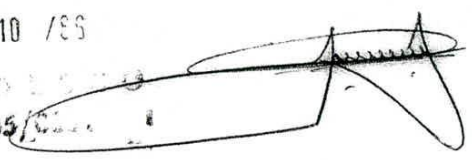
CONFIRMAÇÃO DO RECEBIMENTO

237/070-0

02 / 10 / 99

BRASIL

2009/09



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 83.892 DATA DE EXPEDIÇÃO 31.07.1987

NOME **RÁLITON DE SOUZA MOTA**

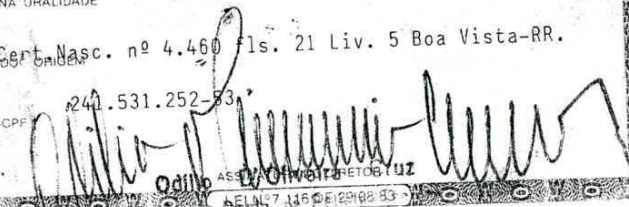
FILIAÇÃO **Juarez Alves Mota e Gerocilda de Souza Mota**

Boa Vista-RR. DATA DE NASCIMENTO 07.05.1969

NA URALIDADE

Cert. Nasc. nº 4.460 fls. 21 Liv. 5 Boa Vista-RR.

CPF 241.531.252-53



ASSINADO DIGITALMENTE POR RÁLITON DE SOUZA MOTA

DELN27 116 DE 12/08/83

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

C/C

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
241531252 53

NOME COMPLETO
RÁLITON DE SOUZA MOTA

NASCIMENTO
07.05.69

RÁLITON DE SOUZA MOTA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
TERRITÓRIO FEDERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA TÉCNICA



POLEGAR DIREITO



RÁLITON DE SOUZA MOTA.
ASSINATURA DO TITULAR

CAPTEIRA DE IDENTIDADE





BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAL ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.elektrobrasroraima.com

Ouvidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 1463597

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

RALITON DE SOUZA MOTA

R. IUGUSLAVIA, 588

CAUAME -

CEP 69.311-087 - BOA VISTA - RR

CPF 241.531.252-53 RG 83892 SSP RR 31-07-87

Roteiro: 001.18.05.318600

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0038291-4

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	
17/09/2018	20/08/2018	18/09/2018	18/10/2018	29	18/09/2018	09/2018	
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD	
1.1.1.2	Residencial Normal	Bifásica	O 15 24 203	Normal			
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
	E2829674	58609	58471	1,00000	5	138	138

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	237	TUSD (*)	Consumo 138 kWh a 0,574560	0,456770	79,28
07/2018	266	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		24,53
06/2018	99	Transmissão	Correcao Monetaria Da Il. Publica 07/2018-00		0,07
05/2018	262	Encargos	Correção Monetária Igpm 07/2018-00		0,69
04/2018	225	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,74
03/2018	267		Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,23
02/2018	834		Multa Por Atraso 07/2018-00		3,02
01/2018	146		Juros De Mora De Importe / Serviços 07/2018-00		1,41
12/2017	84				
11/2017	260				
10/2017	151				
09/2017	402				
Média		Pis - 0,49			
12 meses	269	Cofins - 2,28			

Indicadores de Continuidade: 07/2018					Conta em Débito			
Cj:	14 - FLORESTA	EUSD		R\$ 59,21	Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	06/09/2018	172,04
DIC	8,85	5,78	17,70	35,40				
FIC	8,46	14,00	16,92	33,84				
DMIC	4,82	2,33	4,82	4,82				
					Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 172,04			

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> **Tensao Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V**

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
79,28	17,00	13,47

Reservado ao Fisco

2904.0604.29B5.3953.FD81.02D4.F2FB.E49C

FaturaEventual.qrp V 9/07 19/02/2018



BOA VISTA ENERGIA S.A.

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0038291-4

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
00382914	09/2018	00	6

Vencimento
06/10/2018

Valor a Pagar
R\$ 109,97

83660000001 9 09970075000 5 00000000038 0 29140918006 9





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1937184 - ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA Data/Hora do Acidente (hora local): 08/10/2016 18:45 BR: 174 KM: 518,0
Município/UF: BOA VISTA/RR Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Anoitecer Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário da solicitação:
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário do
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Sim

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Danos no veículo V2

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0

Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?

Existe canteiro central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre

Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,4 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CROQUI

Local Desfeito

BR-174
Km
0518,0

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

PAÇARAÍMA-RR BOA VISTA - RR

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

A equipe PRF atendeu às 18:30 socilitação via CIOP para comparecer na altura do KM 518 para verificação de possível ocorrência de acidente. Chegando ao local deparou-se com dois veículos: V1- VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292 e V2- I/MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884. V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada. V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado

No dia 08/10/2016, por volta das 18:15h, a equipe da PRF foi acionada pela CIOP para verificar a ocorrência de acidente ocorrido na BR 174, Km 518, no município de Boa Vista-RR. Chegando ao local, foi verificada a ocorrência do acidente.

O acidente do tipo Colisão Traseira, envolveu o veículo VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292, conduzido pelo Sr RALITON DE SOUZA MOTA, CPF 241.531.252-53, doravante denominado V1, e o veículo I/MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884, conduzida pelo Sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, CPF 664.161.672-04, doravante denominada V2.

De acordo com vestígios no local e relato dos envolvidos foi verificado que V1 seguia seu fluxo normal da via, deslocando-se no sentido Pacaraima/Boa Vista quando colidiu com V2 que seguia no mesmo sentido.

V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada.

V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado na faixa de domínio e apresentava danos nas laterais e principalmente na parte traseira.

O condutor de V1 foi conduzido ao hospital e encontrava-se sem condições de prestar declaração e não realizou o teste de Etilômetro.

O condutor de V2 encontrava-se no local, habilitado, apresentava escoriações nos braços, realizou o teste de Etilômetro nº 486 tendo como resultado 0,00 mg/L, outros dois ocupantes do veículo V2, as senhoras MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA e KATIA CILENE DE OLIVEIRA FRAXE foram encaminhadas ao HGR pela equipe SAMU. Relatou o condutor de V2 que fora atingido por V1 na traseira de seu veículo quando transitava sentido Boa Vista, segundo o condutor, V1 apareceu de repente e estaria com os faróis apagados, pois, o trecho é reto e mesmo assim ele não avistou o veículo até momentos antes da colisão. Segundo o condutor, V1 deslocava-se em uma velocidade muito alta.

No interior de V1 foi encontrado uma lata de cerveja, ainda fechada.

V1 foi retirado do local com auxílio de um guincho particular e deixado aos cuidados de JOSÉ DA PENHA SANTOS BARCELOS, CPF 368.756.941-15.

V2 ficou aos cuidados do sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, RG 152354 SSP/RR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NAW-0292 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9BWJB45U7FP160237 Renavam: 01040528900
Marca/Modelo: VW/SAVEIRO CD TL MB Cor: BRANCA Ano: 2015 Tipo: Caminhonete Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 1 Espécie: Especial Categoria: Particular
Proprietário: RALTON DE SOUZA MOTA CPF/CNPJ: 241.531.252-53
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 20:30 Motivo: Remoção
Responsável pela Recepção: MARIA AMANDA GADELHA MACHADO
Documento do Responsável: 3199010 SSP RR
Município/UF: BOA VISTA/RR Descrição do Encaminhamento: ENTREGUE PARA GUINCHO PLACA NBA 0096

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JXX-4884 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: JMYLYV98W8JA01346 Renavam: 00960543465
Marca/Modelo: I/MC PAJERO HPE 3.2 D Cor: PRATA Ano: 2008 Tipo: Utilitário Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 3 Espécie: Misto Categoria: Particular
Proprietário: JORGE DA SILVA FRAXE CPF/CNPJ: 144.511.742-87
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BOA VISTA/RR - BRASIL Destino: BOA VISTA/RR - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:00 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: LEIRSON LIMA DE AMORIM
Documento do Responsável: 152354 SSP RR
Município/UF: BOA VISTA/RR Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/NAW-0292
Nome/Apelido: RALITON DE SOUZA MOTA
Data de Nascimento: 07/05/1969 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: GEROCILDA DE SOUZA MOTA
Endereço:
Município/UF:
Telefones:
Celular:
CEP:
Grau de Instrução:
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 241.531.252-53 Documento de Identificação: 83892 Órgão Expedidor: SSP /RR
Origem:
Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:
Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04522771853/RR Primeira Habilitação: 11/12/2008
Validade CNH: 10/12/2017 País CNH:
Dormia? Não Km Percorridos:
Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: WESLLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/JXX-4884
Nome/Apelido: LEIRSON LIMA DE AMORIM
Data de Nascimento: 04/04/1980 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DA LUZ LIMA DE AMORIM
Endereço:
Município/UF:
Telefones:
Celular:
CEP:
Grau de Instrução:
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 664.161.672-04 Documento de Identificação: 152354 Órgão Expedidor: SSP /RR
Origem:
Destino:
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:
Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 00476733554/RR Primeira Habilitação: 23/11/1998
Validade CNH: 04/12/2018 País CNH:
Dormia? Não Km Percorridos: 2,0 Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:
ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR
Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: IGNORADO
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:40
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: KATIA CILENE DE OLIVEIRA FRAXE **Sexo:** Feminino **Data de** 08/03/1973
Nome do Pai:
Nome da Mãe: EROCY MARQUES DE OLIVEIRA
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** WESLLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo: V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA **Sexo:** Feminino **Data de** _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: MARIA LAUDECI LAIOLA
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 009.567.952-93 **Documento de Identificação:** _____ **Orgão Expedidor:** _____ **Telefones** _____
Estado Civil: _____ **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: ☒ Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** ☒ Não **Usava Cinto?** ☒ Sim **Usava Capacete?** ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** WESLLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / I/MMC PAJERO HPE 3.2 D **Placa:** JXX-4884
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA **Nº BOAT:** 83505552
Registro/Matrícula do Agente: 1937184 **Data:** 08/10/2016 18:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1	X				Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		21		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0		
Total de pontos "SIM" + "NA":								21			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☒ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Veículo tomado impossibilitou a retirada de fotos em melhores angulos

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB **Placa:** NAW-0292
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA **Nº BOAT:** 83505552
Registro/Matrícula do Agente: 1937184 **Data:** 08/10/2016 18:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		34			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								34			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NAO	Item	Descrição do componente	SIM	NAO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☒ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

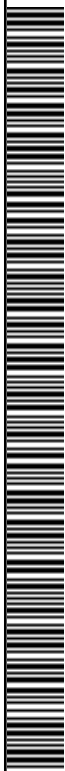


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83505552
Comunicação:	C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE:	181af20f584033ca





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83505552
Comunicação:	C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / I/MMC PAJERO HPE 3.2 D

Placa: JXX-4884

Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA

Nº BOAT: 83505552

Registro/Matricula do Agente: 1937184

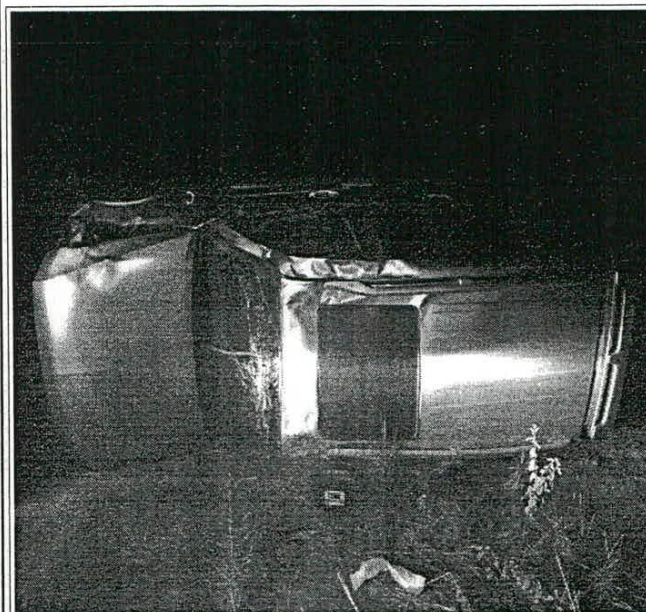
Data: 08/10/2016 18:45



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46

NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83505552
Comunicação:	C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB

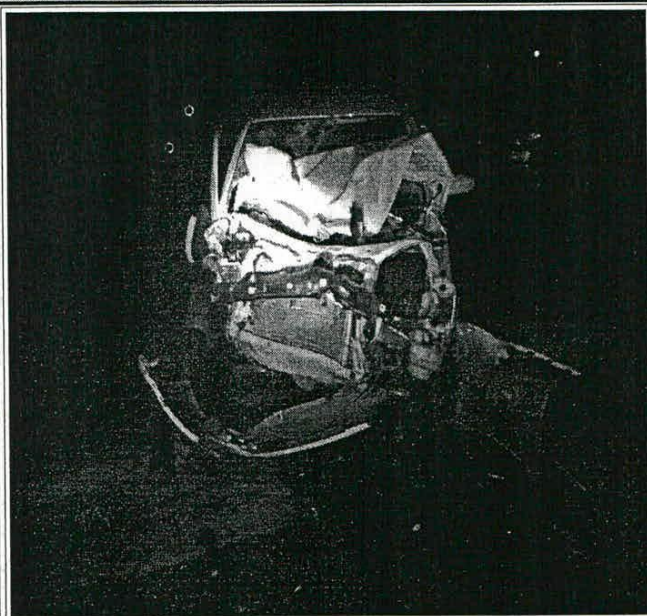
Placa: NAW-0292

Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA

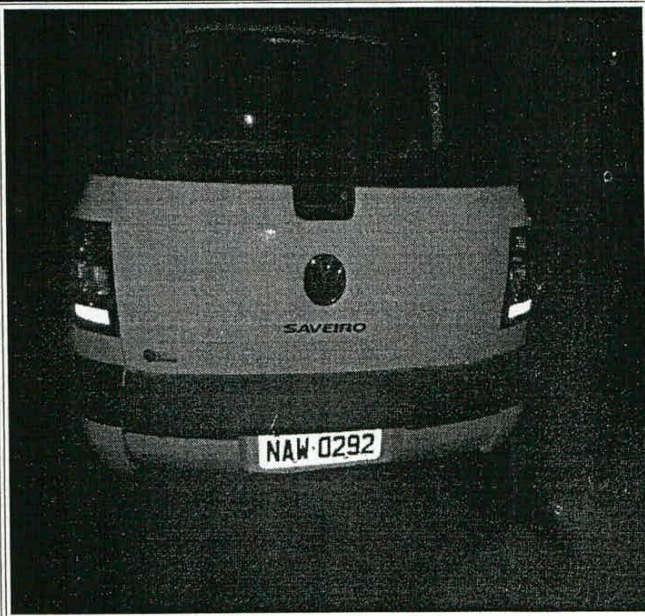
Nº BOAT: 83505552

Registro/Matricula do Agente: 1937184

Data: 08/10/2016 18:45



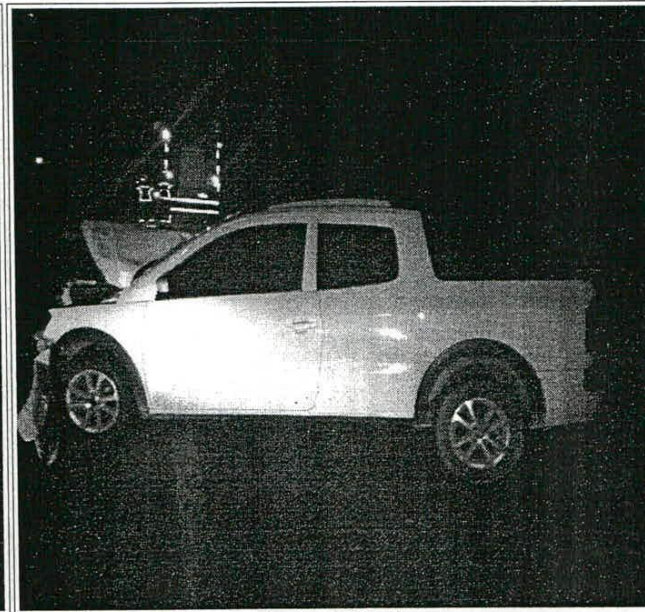
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca



Bravo II

FICHA DE ATENDIMENTO

Shirley



Unidade: Bravo II Equipe: Pond. João, Guilherme, Leticia
Paciente: Ralton Souza matn Idade: 47 Sexo: M
Endereço: BR-174

Nº 18.414 DATA 08/10/16 HORA: 18:42
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Alina

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA			
AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>Carro</u>	MOTO: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <u>SIA</u>	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <u>N</u>	Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêia <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>90/9</u>	<u>94</u>	<u>23</u>	<u>93</u>				
Fim	<u>92/4</u>	<u>98</u>	<u>-</u>	<u>95</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/>	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/>	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Pelve <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/>	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação			

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>Trauma</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros

GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO
-----------------------------	---	--	--	--------------------------------

INCIDENTE	Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)	
	<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: <u>Carro</u>

RCP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: <u>18:42</u> <input type="checkbox"/> Término as: <u>18:45</u>	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
	<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: <u>CONFERE COM O ORIGINAL</u> <u>EM 25/10/16</u> <u>Stefania</u>	

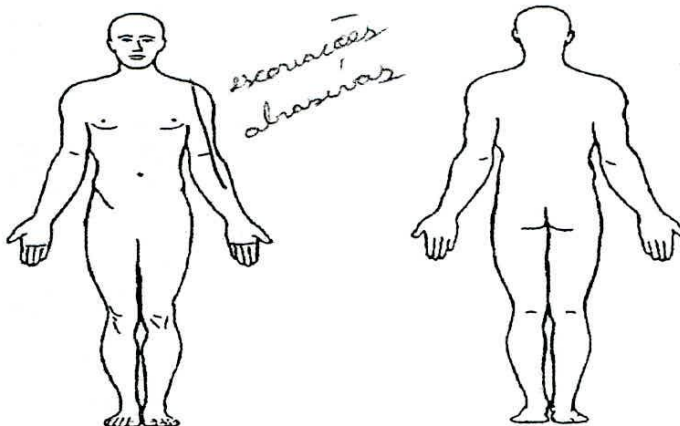
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSCA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/>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

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

19h 30 - Vítima colisão carro x carro, encontrado fora do veículo em decúbito dorsal, consciente, verbalizando, suspeita de fratura em M.I. + escoriações abrasivas em M.S.D. Nega alergias, realizado protocolo do trauma. Pela avaliação da equipe, air bag não disparou, segundo a vítima disse que não. Regulagem feita e conduzido ao



ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov/min)			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4		
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3		
Resposta Verbal	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2		
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1		
	Orientado	Alucina	5	0	0		
Resposta Motora	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4		
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	70 - 89	3		
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0		
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5		
Resposta Motora	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4		
	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3		
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2		
Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1		

GT. Tec. Pente
387 263 1000



25/01/16
Stephanie
10:10h

GESTANTE IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO 6 luvas P, G 08 ataduras
--	--

BLOCO A 108-3		Guia de Atendimento 02				Visto por: <i>Rosalia</i> 10/10/2016	
1600665379 08/10/2016 20:29:03		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07 17	
Faciente RALITON DE SOUZA MOTA		Data Nascimento 07/05/1969		Idade 47 A 5 M 1 D		CNS	
Tipo Doc IDENTIDADE 83892		Órgão Emissor		Data Emissão		CPF	
Mãe GEROCILDA DE SOUZA MOTA		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA	
Endereço RUA - IUGUSLAVIA - 588 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Pai		Naturalidade BOA VISTA - RR		Prontuário 151177	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Paciente vítima de capotamento, negro síncope ou vômito e queixa de dor no dorso e de							
Exame Físico BEG, lícido, AAA, eufônico, normocorado, hidratado, apresenta múltiplas escoriações difusas.							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
1) Maquina 10mg + 09ml AD e apor		fita		20:50			
		Jean E. Gadelha Mat: 4000-351 SAME/HGR					
Conduta () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para: Ortopedia		() Ambulatório () Observação (Alé 3h) () Internação Data e Hora da Saída: 10/10/2016 20:30:47					
óbito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: wesllen.rocha Data Hora: 08/10/2016 20:30:47							



1600665379

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
HOR							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
HOR							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
Robison de Souza Neto				151177			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
71010310891036861332				07/05/69			
9 - SEXO				11 - TELEFONE DE CONTATO			
M				915 911 3189 4215			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			
Geruilda de Souza Neto				R. Augusta 588 Cariacema			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
BOA VISTA				RJ		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Fr. acetabulo e lux. da quadri! @							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Tct. cir.							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
R + anamnese + ex. físico.							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
Fr. acetabulo.							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
Redução fechada + fixação hirsseguelica							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
HGTOP				() CNS () CPF			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Dr. Leonardo Zohler				08/10/16 Dr. Leonardo Zohler Residente em Ortopedia e Traumatologia CRM 1715			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
						37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
8/10/16 1. Aih				408040203 - 5324 V499			
				8.10a24.10 408050098			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				7 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR					
45 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				151177	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome RAULTON DE SOUZA MOTA
Cirurgião Responsável DR. VITO

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☒ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso, plano de planejamento para fluidos

Data 24/10/16 Hora: 10:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR. FABIAN

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim
☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☒ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

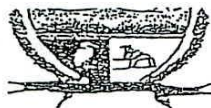
☒ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTE

Rebeca Macedo Costa
Enfermeira
CRP 24.297-114

Assinatura e Carimbo



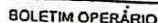


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

300

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10:47A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
RAILTON DE SOUZA LOTA		118.3	SW	24/10/2016	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSÍNTESE FRAT. ACETABULO ①		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:58	18:20		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. VITOR MONTENEGO		ANESTESISTA:	DR. Fabiano	
AUXILIAR	R3. ENRIQUE + DR. DAWID		RES. ANESTESIA:	R1. Fabiano	
2º AUXILIAR	R1. RODRIGO		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: RAQUÍDICA			CIRCULANTE		
			OUVAR DE		
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
01	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		01	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
01	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
01	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		07	FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		07	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
01	LUVAS P/PROCEDIMENTOS Tam M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
01	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		03	SURGICEL ELETRODOS	
01	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSE CATETER 02	
01	SERINGA 05 ML		30ml	KIT CATARATA Nº DEGRADAVEL	
01	SERINGA 10ML		30ml	GEOFOAM ALCOOL 70%	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	AGULHA Ø1 RAQUÍDICA Nº 25			OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
		REBECA		MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB-TOTAL	
				TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



Data: 14.10.16

O.S.

Religion de longue date.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Furto de pedrúculo (17).

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: potencializ. antigluc.

TIPO DE INTERVENÇÃO: obras m. de re. de betão armado

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 w w w

CIRURGIÃO: Dr. Vitorino

1º aUXILIAR: Dr Bruno F. J. Almeida

2º AUXILIAR: Dr. Friede

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTHESIA:

ANESTESISTAS: 2

ANESTÉSICO:

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

all private on ~~DEF~~ not a restriction

22) Anemia + leukopenia + eosinophilia

03/ Inicial es-fundamental hetero de quadil
(1) + Divulsa por planos a tr' poco de
fretura.

041 Financas na planca de reconstrução
& benefícios sociais - 11 NOV. 2016

03/ Review of Identification

06/ Auxílio ao i - ter fundo de imagens

271 when no plans exist.

off creative

69/ R P 12

11 NOV. 2010





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

ASA-II

FICHA DE ANESTESIA

Rafael de Souza Melo. 479

octoxénis.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
Muscl 5mg Rit 100mg 16h	16:15h Satisfatório	24 10-2016
ET II.		
AGENTES	LIQUIDOS VENOSOS	
DA	DA	
X	X	
ULSO	ULSO	
O	O	
ANES	ANES	
X	X	
OP	OP	
O	O	
TEMP	TEMP	
ASPIR.	ASPIR.	
A	A	
RESP	RESP	
O	O	
Exponl	Exponl	
Assist	Assist	
Contro	Contro	
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Bupivacaína 0.5% hiper lámy		Raquiaestesia lomb. L5/S4
B Morfina 40mg		via parenteral
C Nitro 40mg		ventilação espontânea e O2
D Cefazolin 2g		suplementar
E Epinephrine 0.5mg		
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea
NDCO	2000 ml	Naso / Orotraqueal - Cega
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo cateter nasal
		Sob Máscara
		Dificuldade Técnica
TOTAL	2000 ml	TEMPO DE ANESTESIA
OPERAÇÃO		01:55 h.
Fatores vitais D / osteossintese		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Dr. Fabiano / Dr. Fabiano (R)		Dr. Bruno / Dr. Elton
PERDA SANGÜÍNEA		

Dr. Alberto P. M. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 307.



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ORTOPEDIA
CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FURTO ACETABULO (D)

Data: 24/10/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

SU

Paciente: RAILTON DE SOUZA MOTA

Idade 49A

Bloco: A Enfermaria 118 Leito: 3

Caixa: PEQUENOS FRAGMENTOS + PLACAS Nº
ESP. DEQ. PAG.

Circulante: GRANDE Sala 03

Conferencia Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULO DE 7 FOLIOS - 1

PARAFUSO CORTICAL Nº 38 - F

40 - 1

30 - 1

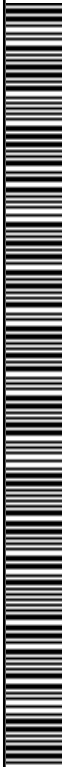
PARAFUSO ESPONJOSO Nº 50 - 1

Dr. Viktor Montenegro
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: RAULTON DE SOUZA MOTA

CT. 118.3

PONT. SU

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24.10.16

Reg. _____ Idade: 47 A

Chegada: 13:00

() Emergência () U.T.I. 1

() Internação () U.T.I. 2

() Outros: _____

Cirurgia Proposta: _____

1. Informações:

() Jejum () Pré-anestésico

() Jóias () Intracath

() Banho () Sangue

() Alegria () Cardiopata

() Exames () Alérgico

() Outros: _____

2. Estado Emocional/ Mental

() Choro () Sonolento

() Agitado

() Outros: ansioso

3. Sinais Vitais:

T: 36 °C P: _____ bpm

FC: 67 PA: _____ mmHg

SAT: 100% R: _____ rpm

() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:

() FAE () Ferimento

() FAF () Queimado

() Dor () Hematoma

() Frio () Contusão

() Edema () Deformidade

() Amputação

() Abrasão () Fratura Exposta

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 16:18 Início da Cirurgia: 16:58 Início Anestesia: 16:20 Término Cirurgia: 18:20 Saída S.O.: _____

Cirurgia Realizada: FIAT. ACETABULO Anestesia: RAQUE Posicionamento: LATERAL

Hidratação Infundida: _____ Antibiótico-Terapia: _____ Hemoderivados: _____

SF a 0,9%: SI Nome: Uladimir CH: _____

SG a 10%: _____ Dose: 2g Plasma: _____

Outros: _____ Plaquetas: _____

Nº de compressas oferecidas: 18 Anátomo Patológico: () Não

Nº de compressas recolhidas: 18 () Sim

Sinais Vitais: T: _____ °C P: _____ bpm

SAT: 95 % R: _____ rpm

() Regular () Irregular

FC: 75 bpm PA: 101 x 72 mmHg

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X

() Outros: _____

Legenda

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Cateter

7. Venoclise

8. Dreno

9. SNG

10. Falxa de Smarch

11. Outros: _____

Destino: (X) SRPA () UTI () Outros: _____

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posicionamento

Hemoderivados

Plasma

Plaquetas

Anátomo Patológico

() Sim

Nº peças

() Cultura

() Outros

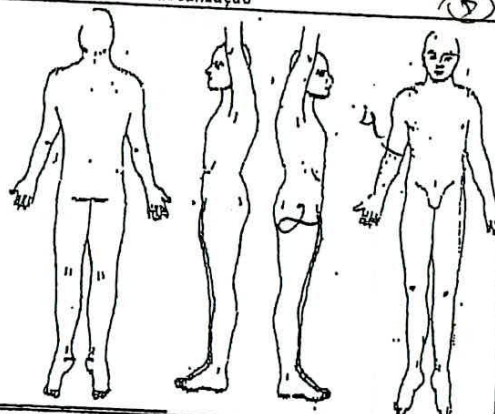
1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros



SRPA

Anestesia

Sinais Vitais

T

P

PA

SPO2

1'h

15'

30'

45'

2'h

30'

1h

1h30

2h

3'h

1h

2h

3h

4h

5h

Balanco Hídrico

Entradas

EV

HV

CH

SNG

Saídas

Dreno

Diurese

SNG

Outros

Entrada: Rebeca Macedo Costa

Ass.: Enfermeira

Ass.: COREN PA 20114

Saída:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015



PÓS-ANESTÉSICOS			
NA SALA DE RECUPERAÇÃO		NA ENFERMARIA	
Data: / /		Data: / /	
Hora:		Hora:	
Assinatura:		Assinatura:	

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

Solicitação de CH (200-9)

Nome: Rafael de Souza Mota EM: A 113-3 ort
Idade: 47a
Sexo: M
Motivo: Fract. Cominutiva de acetábulo ②
Trat. Cirúrgico: Trat. Cirúrgico
Anest. Anl.: Neq
Alergia: Nenhuma
Alcool: Sim Fumo: -
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcótico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, casopressor, IMAO, outros) analgésicos
Estado Mental: Consciente Boca: MPS
Pescoço: boa mobilidade Veias: Acervadas
RX: boa especificação HTE
Feses:
Hepatograma:
Outros: TIPA 35" TAP 11" RNI 0,82
Parecer Clínico: Apto
PA: 110/70 Pulso: 77 Temperatura: 36°C

Sangue Tipo: Leuc: 9.38 34.40 Hb: 12.40
Hm: 4.30 tc: ts: p. Lapo:
r. Coag: Pq: 264.00 Uréia: 27.94
creat: 1.02 Glic: 96.35 Na: mEq/l:
Cl: mEq/lk: mEq/lpH: o02:
pCO2: BA: BB: BS: BE:
URINA: d: pH: glic: Alb:
Sedim:
Ap. gen. Uri: diversa no teste ok.
AP. Resp.: Eupneico
AP. Circ.:
AP. Digl.: ht. fnc. e no teste
S. Osteo - Art:
S. Nerv:
S. Endoc:
Est. Fis (ASA): II Dr. Herello C. Ribeiro
AN. Proposta:
NB:
ECG: Ritmo sinus
Felipe
Assinatura:

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HCR Hospital Geral de Roraima	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA						
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	118-3	DATA	20/10/2016		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LAXATIVA						
2	AVP					S.M.	
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H					12 2A	
4	DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN					S.M.	
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN					S.M.	
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S.M.	
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					S.M.	
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					S.M.	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S.M.	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S.M.	
11	SSVV + CCGG 6/6 H					S.M.	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H					S.M.	
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA					S.M.	
14	CURATIVO DIARIO					S.M.	
15	OLEO MINERAL 15ML VO 2 X DIA					S.M.	
16	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA					S.M.	
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					S.M.	
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES							
# EXAME FÍSICO : .							
# SOLICITADO :							
# CONDUTA :							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :							
# PREVISÃO DE ALTA :							
6 H	166x56	72	—	35,8			
12 H	126x78	65	—	36°C			
18 H	110x70	60		36,10			
24 H							

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
11 NOV. 2016





PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Paulo de Souza Costa

IDADE: _____ REGISTRO: _____

BLOCO: A ENFERMARIA: 118 LEITO: 3

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: orto pedio

PARA: cardio logia

Dados Clínicos:

Solicito visto urgente
para!

18, 10, 16
Data

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

Médico

47 anos... Pro angio
Car. Antigo de
120 kg. 45

ECG: ritmo Sinus
K50 elevadas (FC 106bpm)





Siglo micose Atorvast 50 mg/die

RC Classe II Goldmann

18, 10, 16
Data

Dr. Marcio Damasceno P. Souza
Cardiologista
CRM 705/RR

Médico

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		RAILTON DE SOUZA MOTA							
DIAGNÓSTICO									
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		118-3		DATA		18/10/2016	
ÍTEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		AVP							
3		TENOXICAM 20 MG EV 12/12H							
4		DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN							
5		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN							
6		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
7		OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA							
8		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H							
9		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
10		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
11		SSVV + CCGG 6/6 H							
12		CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H							
13		CLEXANE 40MG SC 1XDIA						SUSP	
14		CURATIVO DIARIO							
19		MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA							
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES									
# EXAME FÍSICO : .									
# SOLICITADO :									
# CONDUTA :									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :									
# PREVISÃO DE ALTA :									
<div style="text-align: right;"> 17:00. Inocodomo? Tr Tran </div>									
<div style="text-align: center;">  </div>									
<div style="text-align: right;"> RODRIGO A MELO RESIDENTE EM ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM 1826-RR </div>									
		PA		P.		T			
6 H		97/60		60		36,1L			
12 H		140/80		62		35,5L			
18 H		130/80		66		36			
24 H		108/68		72		36L			



PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Fernaldo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - BOA
VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail:
lcivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0828364-73.2018.8.23.0010

SENTENÇA

Ráliton de Souza Mota, devidamente qualificado na inicial, interpõe a presente ação judicial contra Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, pretendendo o recebimento de indenização securitária.

Afirma o autor, em síntese, que foi vítima de acidente automobilístico que lhe resultou na debilidade descrita na inicial e que a Seguradora efetuou o pagamento de valor inferior ao que lhe seria devido (R\$ 1.687,50 – mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Desta forma, requer a condenação da parte ré ao pagamento do saldo remanescente da indenização securitária (R\$ 7.087,00 – sete mil e oitenta e sete reais).

Juntou documentos.

Reconhecida a necessidade da assistência judiciária gratuita (EP. 6).

A parte ré apresentou contestação (EP 7), arguindo a ausência de quantificação da lesão supostamente sofrida; a aplicabilidade da Súmula 474 do STJ; a necessidade de designação de perícia médica; da ausência de cobertura; da incidência dos juros de mora a partir da citação; e discorreu sobre os honorários advocatícios.

Deferida a produção de prova pericial (EP. 26).

Constatada a ausência do autor à perícia (EP. 79).

Eis o relato. DECIDO.

O seguro DPVAT, é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, às pessoas transportadas ou não, criado pela Lei nº 6.194/74, alterada pelas Leis nºs. 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, tendo por

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS7L SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS7L SFQMS BT7D4 G3K7R

PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Fernaldo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença

objetivo a reparação por eventual dano pessoal, independente de juízo de valor acerca da existência de culpa.

Presente a cobertura sempre que, em território nacional, vítima de acidente com veículo terrestre a motor, ou a respectiva carga, causando, necessária e diretamente a morte ou invalidez permanente de uma pessoa ou, ainda, a realização de despesa financeira para obtenção de assistência médica ou suplementar.

Vê-se, pois, que o art. 5º, da Lei n. 6.194/74 ao dispor que "O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente (...)", de fato traz a possibilidade da apresentação de singela prova para se auferir o prêmio, o que não significa dizer que a singeleza da prova não signifique a inexistência ou incerteza da prova.

O contexto normativo (interpretação sistemática) impõe que a expressão “simples prova do acidente e do dano decorrente” seja compreendida como afastamento da perquirição da culpa, como ocorre na ordinária verificação da responsabilidade civil. Pela lei de regência de tão importante instituto, não se afere a culpa do causador do acidente, mas sim a existência do dano em decorrência de acidente. É dizer, em síntese, e já sendo repetitivo, que a lei impõe a comprovação, ainda que facilitada (e não inexistente ou presumida) do acidente, do dano e do nexos causal entre os dois primeiros. E especificamente no que atine ao nexos causal, há função de pressuposto para o pagamento e de delimitação do alcance ocorrido apenas quando do acidente de trânsito.

Os documentos juntados aos autos demonstram a existência do acidente, nos termos da inicial.

No entanto, não há prova da incapacidade permanente da parte, por ausência à perícia (EP . 79), estando preclusa a prova. No ponto, cumpre registrar que foi expedido mandado de intimação com o endereço informado nos autos e, assim, é juridicamente válida nos termos do artigo 274, parágrafo único do Código de Processo Civil. Eventual mudança de endereço deveria ter sido comunicada com antecedência ao juízo.

O ônus da prova quanto à existência da invalidez permanente e quanto à incorreção do percentual apurado e pago administrativamente é do autor, consoante regra do art. 373, I, do Código de Processo Civil. Eventual mudança de endereço, deveria ter sido comunicada ao juízo com antecedência.

Verifica-se, pois, que a condição para o recebimento da indenização securitária

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSTL SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVHL 9G3UP CHCAB PN5WU

PROJUDI - Processo: 0828364-73.2018.8.23.0010 - Ref. mov. 87.1 - Assinado digitalmente por Bruno Fernando Alves Costa:88812316115bruno Fernaldo Alves Costa:88812316115,
30/05/2019: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO. Arq: Sentença

decorre da caracterização de invalidez permanente em razão de acidente de trânsito.

No caso, porém, não houve produção de prova suficiente a demonstrar a existência do acidente e a invalidez permanente provocada à parte por causa deste acidente, demonstrando o nexo causal.

Rejeito, pois, o pedido inicial (CPC, art. 487, inc. I).

Pela sucumbência, condeno a parte autora ao pagamento das custas e dos honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa em favor do patrono da parte contrária, atualizado pela tabela deste Tribunal desde esta data e acrescido de juros de mora a contar do trânsito em julgado, observado o constante do artigo 98, §3º, do Código de Processo Civil (suspensão da exigibilidade no caso de concessão do benefício da gratuidade de justiça).

Devolva-se à parte ré o valor depositado a título de honorários periciais, por meio de transferência bancária, devendo a parte requerida ser intimada para informar a conta para transferência via alvará/ofício.

Transitada em julgado e realizada a devolução do valor acima, arquivem-se os autos com as baixas de estilo.

Intimem-se. Cumpra-se.

Data, hora e assinatura registradas em sistema.^{su}

Bruno Fernando Alves Costa
Juiz de Direito

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSTL SFQMS BT7D4 G3K7R

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVHL 9G3UP CHCAB PN5WU