

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2632656120200212093358

Processo 0802894-69.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Prioridade: Maior que 60 anos (conforme Lei 10.741/2003)

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	10	12/02/2020 09:33:58	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO			
Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A			
JOÃO ALVES BARBOSA FILHO			
Procurador			
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693301CONTESTACAO01.pdf
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693301CONTESTACAOAnexo02.pdf
10.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf
☐	9	07/02/2020 08:33:54	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			
JOÃO ALVES BARBOSA FILHO			
Procurador			
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2693301PETICAODEQUESITOSJUR01.pdf
8	04/02/2020 15:21:31	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 04/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.			
JOÃO ALVES BARBOSA FILHO			
Procurador			
☐	7	04/02/2020 12:30:26	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE			
Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé			
Analista Judiciária			
☐	6	31/01/2020 15:36:59	EDUARDO MESSAGGI DIAS
CONCEDIDO O PEDIDO			
Magistrado			
5	29/01/2020 11:39:23	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	29/01/2020 11:39:22	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	29/01/2020 11:39:22	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	29/01/2020 11:39:22	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
5ª Vara Cível			
☐	1	29/01/2020 11:39:21	MARLON TAVARES DANTAS
JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL			
Advogado			



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

Processo: 08028946920208230010

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 **FRANCISCA BARBOZA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/03/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/04/2017.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

¹[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.

²[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;

³“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

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 MÉRITO

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

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

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

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

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

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

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)

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

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 citação⁸.

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 ação⁹.

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.** (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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

⁹
art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 5 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o 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 cursam 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCA BARBOZA DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08028946920208230010.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCA BARBOSA DA SILVARG nº 050031672013-6, data de expedição 08/10/13 Órgão SSP/MG

CPF nº 282.281.78-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>VICINAL 03</u>
Número	<u>27</u>
Apto / Complemento	<u>RURAL</u>
Bairro	<u>NOVO PARAISO</u>
Cidade	<u>CARACARAÍ</u>
Estado	<u>PORANGA</u>
CEP	<u>69.373-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 23/11/12Assinatura do Declarante: Francisca Barbosa da Silva

Sanatório 09.96



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Documentação médica - hospital



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
Francisca Barbosa da Silva				22/03/17	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
			INÍCIO	FIM	
			09:50	10:20	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Gustavo		Dr. Rafael			
1° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
2° AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Tecn. Ana / Jefferson			
TIPO DE ANESTESIA Anestesia Bier intravenosa					
TEMPO DE DURAÇÃO					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500 ml	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			ENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ÉTER	
	MONONYLON COM AGULHA			ATROPINA	
	MONONYLON SEM AGULHA			PROSTGMINE	
02	UNIDADES DE GAZE pct			THIONEMBUTA	
03	PARES DE LUVAS N° 7.5			MARCAÍNA	
	EQUIPOS PARA SORO			INOVAL	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			GLICOSE %	
	DRENOS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	SONDAS N°			MERTHIOLATE	
	AGULHAS			MERCÚRIO CROMO	
02	COMPRESSAS pct				
01	LÂMINAS PARA BISTURI				
	Seringa 20 ml				
	SOMA			SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL	
				MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO

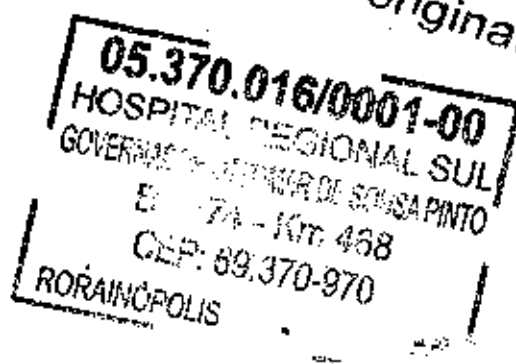
12. 18h paciente no leito, tranquila verbalizando, veio proveniente
13 do Centro Cirúrgico após cirurgia ortopédica, na mesma com AVP, foi
17 medicado conforme prescrição médica, paciente sem queixa
no momento, segue aos cuidados da enfermagem, té. Adriana

02/03/17

19:00 Pac. no pós operatório de cirurgia
ortopédica no MSD, a mesma não refere
queixas no horário, segue aos cuidados de
enfermagem — Rolden

06:00 - Pac. segue em repouso, sem queixas no
horário, adim. medicação de horário com,
segue aos cuidados de enfermagem — Rolden

Confere
com original





Nº REG.

NOME: _____ Sexo: M () F ()

Endereço: _____ Bairro: _____

Filiação Pai: _____

Mãe: _____

Data de Nascimento: 10/01/1980 Naturalidade: São Paulo/SP Est. Civil: Casado

Profissão: _____ INSTITUTO: INPS () FUNRURAL () SS ()

[illegible]

ASSISTÊNCIA - MÉDICA - SANITÁRIA

[illegible]

UNIDADE / SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

05.370.016/0001-80

HOSPITAL REGIONAL SUL

NOME DO PACIENTE:

Yandee Belore

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

F 74 - Km 468

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Confere com original

CEP: 69.370-970

RELATÓRIO DE PRESCRIÇÃO

RR

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES:

	00:00 - 01:00			
	01:00 - 02:00			
22	02:00 - 03:00			
03	03:00 - 04:00			
14	04:00 - 05:00			
	05:00 - 06:00			
	06:00 - 07:00			
	07:00 - 08:00			
	08:00 - 09:00			
	09:00 - 10:00			
	10:00 - 11:00			
	11:00 - 12:00			
	12:00 - 13:00			
	13:00 - 14:00			
	14:00 - 15:00			
	15:00 - 16:00			
	16:00 - 17:00			
	17:00 - 18:00			
	18:00 - 19:00			
	19:00 - 20:00			
	20:00 - 21:00			
	21:00 - 22:00			
	22:00 - 23:00			
	23:00 - 00:00			

FO sempre rece por
Mônica M. P. 156 18 100160

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL - HRS GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO CNPJ 84.015.726/0001-98
RODOVIA BR 174, KM 461, SN, CENTRO.

1700126018 21/03/2017 19:09:11 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19-07 11

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
FRANCISCA BARBOSA DA SILVA 06/11/1957 59 A 4 M 15 D 700004504391907 28228170300
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade
IDENTIDADE 0500316720136 SSP MA 06/10/2013 F PARDAS

Mão Pai
LAURA BARBOSA LEMOS DA SILVA MANOEL ANTERO DA SILVA

Endereço Contatos
- VC RIO DIAS --- CARACARAÍ - ---

Class. de Risco Plano Convenio N da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Carate do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

SPA - PRONTO ATENDIMENTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por: 120/80

PRONTO ATENDIMENTO DEMANDA ESPONTANEA JOCILENE RODRIGUES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente tem um acidente de moto, agora consciente, orientada, em nível normal, com estabilidade hemodinâmica e

Exame Físico ventilatória. Odegaço 15 pontos

Reflexos no pericólio e m 50

Hipótese Diagnóstica

traumática

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) SF 500ml eu a 15 gotas/ponto

19-05-17

2) Difenidramina 1g eu qm

19-06-17

3) Diclofenaco de sódio 50mg v.o qm.

Confere com original

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

BR 174 KM 461

CEP: 69.370-970

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revella
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Alta) 200
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



1700126018

Urbquelo. 19.50

fractura. GRAVE 3º QDCT.
entre UNIO e Talaje proximal
com cominuição art. alar
+ fractura Radio Humeral lateral.
indicação T TOC e unguem pele.
Urbquelo
→ Manter Tala.

Confere
com original

→ Dilute zero

→ SG 5% 500 ml de 6/6h. ~~24-08~~ 12-18

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL S&L
GOVERNADOR OTTIMAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

→ Dipirona 2L de 6/6h SN

→ Keflin 1g de 6/6h. ~~24-08~~ 12-18

→ Valbaram 75mg 1x 12/12h. ~~24-08~~ 09

→ SS VV + CCC CC 6/6h Lorina

→ Tramal 100mg de 8/8h. ~~24-08~~ 14

acompanhar o clínico agudo (paciente
alco negro).

Desconectar amonho às 8:00h oo.

Contar Cargas co. para cuidado dos ORTOPEDICOS
a disposição.

HORA	T	P	R	PA
04:00	36,2°C	71	20	110/80
06:00	36,3°C	72	20	110x70 mmHg



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA, 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Francisca Barbosa da Silva

Declaro para os devidos fins
que a paciente realizou
12 sessões de fisioterapia, e
atualmente apresenta bloqueio
articular em articulações dos
dedos de mão (D), tendo pequeno
ganho de ADM comparado
ao quadro apresentado
durante a anamnese.
Solicito reavaliação com
o médico solicitante.

DATA: 27/09/17

Carla Lúcia
ASSINATURA E TIMBRE

Av. General Ataíde Teive nº 6459 - Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx91) 3625-0794/3627-7196

Cartório
Nathália Lago

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.

O referido é verdade e dou fé.

Mucajai - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 - Total:
R\$ 2,96

Lomica

Isma Conceição da Silva
Escrevente Autenticada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Francisca Dantas de Siqueira

*Paciente feminina
59 anos. V. t. m. a. a. d. e. b. e.
alta energia março 2017.
o presente tratamento com desbrigo
de suplicio e abalar o nível
3º LTC / Talange proximal direto
além de fustar de zido. ainda
um acompanhamento físico leve
Direito do dano ar. c. a. l. a. r. a. r.
3º Q. P. C. T. o qual é R. m. i. f. a. n. t. e. e
preceito de l. p. o. p. e. r. a. l. o. p. a. r. o. a. r.
l. a. p. o. l. a. l. o. r. a. l.*

DATA: *10/10/17*

Dr. Gustavo Furtado

Assinatura
CNPJ: 1256100019571

ASSINATURA E CARIMBO

*N. K. Cortina
N. Nathalia Lago*

AUTENTICAÇÃO

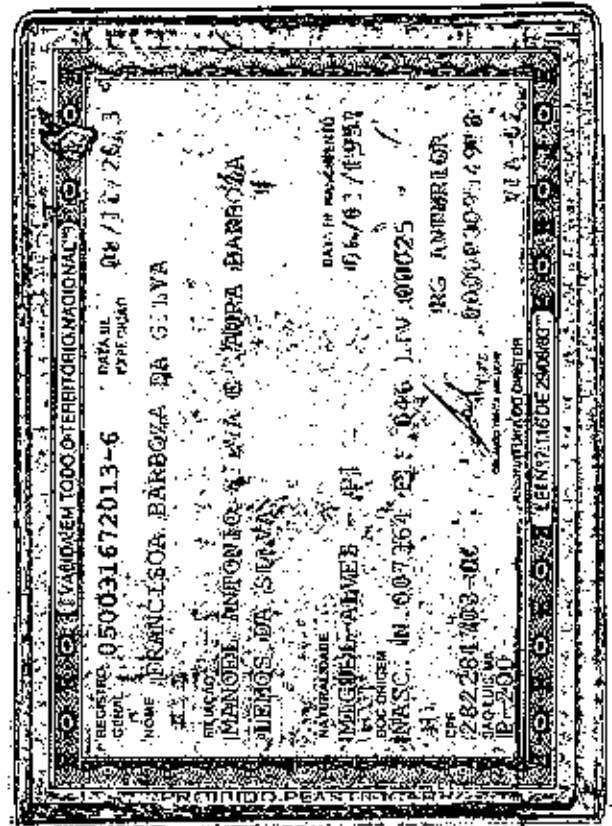
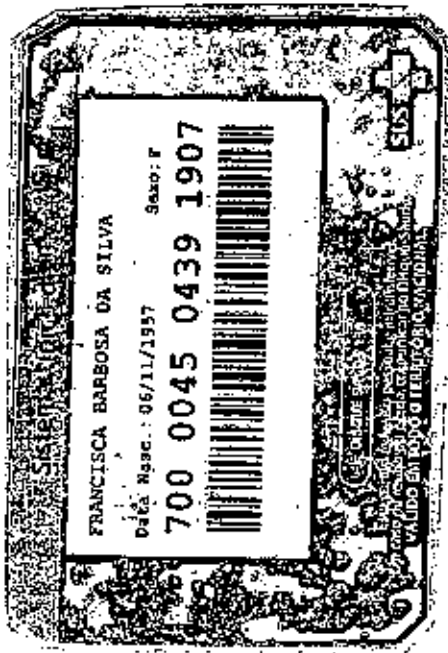
Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

Mucajai - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,98 + selo: R\$ 0,00 -- Total:
R\$2,98

Assinatura

*Iane Conceição da Silva
Escrevente Autorizada*





Abstract

SEBASTIAN LEECH DEAN 946 38-1034-2617 18:52 351625 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0479020/17
Vítima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
CPF: 282.281.703-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/03/2017
Titular do CPF: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de TML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



FRANCISCA BARBOSA DA SILVA : 282.281.703-00

Autorização de pagamento
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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
CPF/CNPJ: 282.281.703-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Francisca Barbosa de Silva
DATA DO ACIDENTE 23/03/13 CPF DA VÍTIMA 282.261.303-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA, () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VÍTIMA É —
ENDEREÇO DO PORTADOR VC Ucinai 3 rio dias
Nº 32 COMPLEMENTO Lucal BAIRRO NOVO RAFAEL
CIDADE CACACAI UF PA CEP 69.373-000
E-MAIL _____ TELEFONE ()

MARQUE ☒ PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE ~~FORNOCULTECNICA E LEGÍVEL~~
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO ~~INICÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL~~
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 17 ANOS, PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAVS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE ~~FORNOCULTECNICA E LEGÍVEL~~
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES E LEGÍVEL
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAVS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 17 ANOS, PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74, OS DESPESAS MÉDICAS (DMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- O BASTANTE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMALITO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVAT.SEGURADORA.LIDER.COM.BR OU LIGAR: 0800 022 1304

VALORES DE INDENIZAÇÃO

• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LEI 6.194/74, OS DESPESAS MÉDICAS (DMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORRESPONDENTES DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE, DATA 23/11/13 MATR. CORREIOS _____

ASSINATURA Francisca Barbosa de Silva DATA 23/11/13 MATR. CORREIOS 3-1107008 7PM

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170657142

Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 21/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170657142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12124182



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Nº Sinistro: 3170657142
Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 21/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170657142**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170657142
Vitima: FRANCISCA BARBOSA DA SILVA
Data do Acidente: 21/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170657142**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12973934





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da 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 indenização no banco.

EU, FRANCISCA BARBOZA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 050031672013-6

EXPEDIDO POR SSP/PA

CPF 202201703-00 (CNPJ) 00000000-0000-00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REND

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCA BAR, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOE DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3991 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 3314-5

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

LOCAL MUCAJÁ

DATA 23 / 11 / 17

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Francisca Barboza da Silva

 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



SEABROOK LIDER PRINT P&A 30-JUN-2017 10:52 351829 1/1



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA: 845/17

DATA: 29/04/2017

HORA: 09:51

ATENDENTE: JACY C. CAVALCANTE

DELEGADO(A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA: 21/03/2017

HORA: 19:00

LOCAL: RUA MARIA ALBERTINA DE ESQUINA COM A RUA: HILDEMAR DE FIGUEIREDO, PANTANAL, RORAINÓPOLIS-RR

DADOS DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA

NOME: FRANCISCA BARBOZA DA SILVA

RG: 050031672013-6

CPF: 282.281.703-00

SSP/MA

DATA DE NASCIMENTO: 06/11/1957

IDADE: 59 ANOS

SEXO: FEMININO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE: MIGUEL ALVES

UF: PI

PAI: MANOEL ANTONIO SILVA

MÃE: LAURA BARBOZA LEMOS DA SILVA

GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ENDEREÇO: VICINAL DO RIO DIAS, SÍTIO SÃO SEBASTIÃO, AO LADO DO SÍTIO DO Sr. BRANCO E DO SÍTIO DO Sr. ORLANDO, ZONA RURAL DE CARACARÁ-RR

REFERÊNCIA

TELEFONE: (92)99180-5887 CONTATO DO Sr. FRANK ESTE FILHO DA COMUNICANTE/VÍTIMA

DADOS DO(A) INTERLOCUZ(A)

NOME: PJ

RG: PJ

CPF: PJ

DATA DE NASCIMENTO: PJ

IDADE: PJ

SEXO: PJ

NACIONALIDADE: PJ

CIDADE: PJ

UF: PJ

PAI: PJ

MÃE: PJ

GRAU DE ESCOLARIDADE: PJ

ENDEREÇO: PJ

REFERÊNCIA

TELEFONE: PJ

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1001

TRÂNSITO

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta delegacia a cidadã supracitada para nos comunicar que, na data, horário e local acima citado, estava conduzindo uma motocicleta da MARCA HONDA, MODELO 125 KS, DE COR PRETA, DE PLACA NOS-9215, CHASSI 9CZJC4210AR120092, RENAVAM 00272565563, DE PROPRIEDADE DA Sra. LEANE ALVES BRITO, que segundo a mesma não possui CNH, que estava trafegando com a referida motocicleta pelo local acima indicado quando ao passa o cruzamento das referidas ruas ela atingiu a traseira de um CAMINHÃO DE CARROCERIA DE MADEIRA parado, porém, a mesma não conseguiu anotar a placa do referido CAMINHÃO, pois, a mesma estava muito nervosa devido o acidente, que com a colisão a mesma veio a fratura o seu punho direito e seus dedos da mão também do lado da direita logo em seguida a mesma foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital de Rorainópolis para os procedimentos médicos, que devido isso até a presente data a mesma não pode trabalhar, que vai em anexo a este cópias da RG, PRONTUÁRIO MÉDICOS, LAUDO MÉDICO, DO DOCUMENTO CRLV DA MOTOCICLETA, ESPELHO DOS DADOS AMPLIADO DA REFERIDA MOTOCICLETA, que este B.O é para fins de SEGURO DPVAT. Era o que tinha a comunicar.

JACY C. CAVALCANTE
Agente de Polícia Civil

Francisca Barboza da Silva
FRANCISCA BARBOZA DA SILVA
Comunicante

Intimado(a) o(a) comunicante para o dia 11 / 07 /2017 às 09 hs: 30 min.

DESPACHO

- () Fato atípico, arquivé-se. () Intimar Comunicante () Intimar as partes
() Ao S. I. para providências () Aguardar audiência () Encaminhe para:

Tabelionato da Comarca de Mucajaí-RR
ETIQUETA NO VERSO →

Chitório
Nathália Lago

Atestado de Autenticidade, Nathália Lago da Silva
Rua Rio Grande, 11 - Centro, 41300-000, Salvador - BA
Fone: 100 39512 1120 - E-mail: chitório@nathalia.com.br

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento
apresentado.
O referido é verdade e dou fé.

Mucajei - RR, 24 de outubro de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 -- Total:
R\$2,96

Chitório

Jane Conceição da Silva
Escrevente Autorizada



RECIBO
Nº 001/2017
DE 24/10/2017
VALOR: R\$ 2,96
PAGAMENTO EM
ESPÉCIE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IN



Eu, FRANCISCA BARBOZA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 050031672013-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 207.201.703-00, residente e domiciliado na V.C. VICINAL 3 RIO DIAS 27 ALIBI, Cidade CARACARAÍ, Estado RORAIMA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisca Barboza da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

23 / 11 / 2017

Local e data

SEGURADORA LÍDER DPVAT PIA 30-NOV-2017 10:52 351828 1/1



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

78.42
Comprovação de ato declaratório



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU 192 / ESTADUAL

FICHA DE ATENDIMENTO

DN: 06/11/1957

UNIDADE: _____ MUNICÍPIO: _____ EQUIPE: _____
PACIENTE: Francisca Barbosa da Silva IDADE: 59a SEXO: F
ENDEREÇO: R. Albertina 51N - B. Pantanal
Nº Farm: Fernando DATA: 21/03/2019 HORÁRIO: 18:41
MÉDICO REGULADOR DR. Alimem CRM: 9110:18:44
MOTIVO: () SOCORRO () TRANSPORTE ☒ ATENDIMENTO NO LOCAL () OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA
AUTOMÓVEL AUTOMÓVEL MOTO/BICICLETA VIOLÊNCIA OUTROS
() CAPOTAMENTO () USO DO CINTO () ACIDENTE COM MOTO () FAF () AC. DE TRABALHO
() ATROPELAMENTO () VÍTIMA PROJETADA () CONDUTOR () FAF () LOCAL () TRAJETO
() COLISÃO () VÍTIMA ENCARCERADA () CARONA () ESPANCAMENTO () QUEDA ALTURA APROX.
() MOTORISTA () ADR BAG () COM CAPACETE () VIOLÊNCIA DOMÉSTICA () ACID. DOMÉSTICO
() PASSAGEIRO BANCO DIANTEIRO () SEM CAPACETE () VIOLÊNCIA SEXUAL () QUEIMADURA AGENTE
() PASSAGEIRO BANCO TRASEIRO () TENTATIVA DE SUICÍDIO () AGRESSÃO P/ ANIMAL
moto/carro () OUTROS: () OUTROS:

AValiação INICIAL
VIAS AÉREAS VENTILAÇÃO CIRCULAÇÃO AValiação NEUROLÓGICA
() DISPNEIA () M.V. DIMINUÍDO () BRADICÁRDICO () XAVON () HEMORRAGIA
() BRADIPNEIA () M.V. AUSENTE () TRAQUICÁRDICO () MIOSE () APARENTEMENTE
() TAQUIPNEIA () HIPERTIMPANISMO () ARRÍTMICO () MIDRIASE () ALCOOLIZADO
() RESP. RUIDOSA () MACICEZ () ENCHIMENTO CAPILAR () ANISOCARIA () DNV
() OBSTRUÍDA () FERIDA ASPIRATIVA () CIMA DE 2" () OTORRÉIA () OUTROS:
() APNÉIA () OUTROS: () AUSENTE () OTORRAGIA () OUTROS:
() OUTROS: Dispneica

SINAIS VITAIS E ESCORES
HORA P.A mm/hg F.C bpm F.R Mpm Sat O2 % T. AXIL °C GLICEMIA TRAUMA APGAR
INÍCIO 19:05 100x60 96 - 98 - - -
FIM

AValiação SECUNDÁRIA
PELE CABEÇA FACE PESCOÇO TÓRAX ABDOMEN
() CORADA () CONTUSÃO () CONTUSÃO () ESCORIAÇÕES () ESCORIAÇÕES () ESCORIAÇÕES
() QUENTE () ESCORIAÇÃO () ESCORIAÇÃO () LACERAÇÕES () LACERAÇÕES () LACERAÇÕES
() PÁLIDA () LACERAÇÃO () LACERAÇÃO () HEMATOMA () TÓRAX INSTÁVEL () DISTENDIDO
() FRIA () HEMATOMA () FERIMENTO () DESVIO DA TRAQUEIA () RES. PARADOXAL () EM TÁBUA
() ÚMIDA () AFUNDAMENTO OCULAR () ENFSEMA SUB-CUTÂNEO () TAMPONAMENTO () DOLOROSO
() SECA () FER. PENETRANTE () OUTROS: () OUTROS: () OUTROS:
() CIANÓTICA () OUTROS: () OUTROS: () OUTROS: () OUTROS: () OUTROS:

PELVE COLUNA DORSAL MEMBROS
() CONTUSÃO () CONTUSÃO () CONTUSÃO () FRATURA
() ESCORIAÇÃO () HEMATOMA () ESCORIAÇÃO () AMPUTAÇÃO
() DOR () DOR () LACERAÇÕES
() INSTABILIDADE () LUXAÇÕES

AValiação CARDÍACA AFEÇÃO CLÍNICA HISTÓRIA PEGRESSA
() RITMO SINUSAL () RESPIRATÓRIA () DIGESTIVA () DIABETES () ALÉRGICAS
() TAQUICARDIA () NEUROLÓGICA () INFECCIOSA () CARDIOPATIA () OUTROS:
() BRAQUICARDIA () PSIQUIÁTRICA () OBSTÉTRICA () HAS () OUTROS:
() FLUTER () METABÓLICA () PEDIÁTRICA () MEDICAÇÕES DE USO:
() FIBRILAÇÃO ATRIA () CARDIOVASCULAR () OUTROS:
() FIBRILAÇÃO VENTRICULAR () ABORTO () OUTROS:
() ASSISTOLIA

GRAVIDADE COMPROVADA () ILESO ☒ PEQUENO () MÉDIA () SEVERA () MORTE () INDETERMINADA OUTRO: _____
Dr. Eduardo P. Garcia Nobrega
Médico
CRM-PR 1643

ASSINATURA E CARIMBO (UNIDADE DE DESTINO)

Mão D
de Anel
clausurada

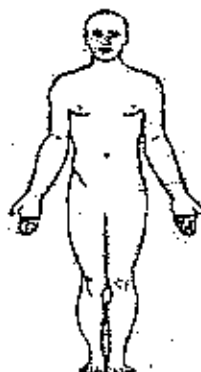
VC 03 - Rio Dias

SEMANA LINES REPORT P4 20-MAR-2017 18:51 351823 1/1

INCIDENTE	☐ CANCELAMENTO ☐ RECUSA DE ATENDIMENTO ☐ NÃO SE ENCONTRAVA NO LOCAL ☐ RECUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ☐ TROTE ☐ BOMBEIRO NO LOCAL ☐ OUTROS: _____		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ GUARDA MUNICIPAL ☐ SMTRAN ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS: _____	
	☐ INICIADO ÀS: _____ () TÉRMINO ÀS: _____ ☐ RCP COM SUCESSO ☐ RCP SEM SUCESSO OBSERVAÇÃO: _____		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
DESTINO	☐ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ TRAUMA (HGR) ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ CORONEL MOTA ☐ COSME E SILVA		☐ HCSA ☐ MATERNIDADE (HMI) ☒ UNL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO H.R.S.B.O.S.P ☐ HOSPITAL PARTICULAR ☐ OUTROS: _____	
	DESCRIÇÃO: NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO DO RECEPTOR: _____ ASSINATURA DO RECEPTOR: _____ DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO MÉDICO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/ESTADUAL NESTA ASSINATURA DO PACIENTE: _____ REGISTRO GERAL: _____			
TEMPO PERTINENTE DO PACIENTE	REPOSIÇÃO VOLUMÉTRICA			
	VOLUME DOSE VIA HEMORRAGIA			
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	Ringer, Lactato Solução Fisiológica 0.9% Solução Glicosada 5% Controlados Outros: _____			
	IG POR SEMANA: _____ MOVIMENTOS FETAIS: _____ PERDA DE LÍQUIDO: _____ BCP: _____ ☐ COM CARTÃO ☐ SEM CARTÃO			
MATERIAL E MEDICAÇÃO				

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	ADULTO	MENORES DE 5 ANOS	ESCALA				
ABERTUR A OCULAR	ABRE ESPONTANEAMENTE	ABRE ESPONTANEAMENTE	4	FREQUENCIA RESPIRATORIA (nº/mín)	10-24	4	
	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	COM ESTÍMULOS AUDITIVOS	3		25-35	3	
	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	COM ESTÍMULOS DOLOROSOS	2		≥ 35	2	
	NÃO ABRE OS OLHOS	NÃO ABRE OS OLHOS	1		01-09	1	
MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	RESPOSTA VERBAL	5	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	0	5	
	CONFUSO	CHORO IRRITADO	4		> 90	4	
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORA A DOR	3		70-89	3	
	SONS OU GÊMIDOS	GÊMIDO A DOR	2		30-69	2	
MELHOR RESPOSTA MOTORA	NENHUMA	NENHUMA	1	ESCALA DE GLASGOW	01-49	1	
	OBEDECE SOLICITAÇÕES	MOVIMENTOS ESPONTÂNEOS	6		0	0	
	LOCALIZA A DOR	RETIRA AO TOQUE	5		14-15	5	
	FLEXÃO NORMAL	RETIRA A DOR	4		11-13	4	
	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO NORMAL	3		8-10	3	
	EXTENSÃO A DOR	FLEXÃO ANORMAL	2		5-7	2	
	NENHUMA	NENHUMA	1		3-4	1	

após procedimentos
 conduzimos a mesma
 para hospital local.



Dr. N. Barbosa
 F.C. Entomagem
 COREN-RR 887 670

OBSERVAÇÃO:
 Pac/ L.O. f.e, verbalizando, DD via pública e/ capote,
 queixando algia na Mão D, suspeita de fratura no
 3º falange MD, escoriações patelas D/E e mão esq.
 Feito procedimento conforme protocolo APH, com curativos
 imobilizadores com tala e atadura e pranchamento em
 prancha física.