

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2637472120200217092834

Processo 0803646-41.2020.8.23.0010 ★ - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

| | | | | | | | | |
|--|------------|--------------------------------------|--|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Realçar <input checked="" type="checkbox"/> | Magistrado | <input type="checkbox"/> Servidor | <input type="checkbox"/> Advogado | <input checked="" type="checkbox"/> Membro MP | <input type="checkbox"/> Defensor | <input checked="" type="checkbox"/> Procurador | <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Audiência |
| Movimentos de: | | <input type="checkbox"/> Sem Arquivo | <input type="checkbox"/> Hab. Provisória | | | | | |

Filtros

| |
|--|
| Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor |
| Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> |
| Descrição: <input type="text"/> |

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. ▼

1

| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por |
|--|---------------------|---|--|
| JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | | | |
| - 12 | 17/02/2020 09:28:34 | Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | | 12.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ‡ 2694719CONTESTACAO01.pdf |
| | | 12.2 Arquivo: docs Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ‡ 2694719CONTESTACAOAnexo02.pdf |
| | | 12.3 Arquivo: kit seguradora lider Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ‡ KITSEGURADORALIDER.pdf |
| JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE | | | |
| + 11 | 12/02/2020 09:47:30 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JOELSON CASTRO SALES) | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| 10 | 11/02/2020 14:21:14 | em 11/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (05/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7. | Wallyson Barbosa Moura Advogado |
| 9 | 07/02/2020 12:44:00 | LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 07/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 8. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| + 8 | 07/02/2020 10:11:08 | EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé | PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária |
| 7 | 07/02/2020 10:10:11 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOELSON CASTRO SALES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (05/02/2020) | PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária |
| + 6 | 05/02/2020 11:51:49 | CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE | Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado |

| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por |
|------|---------------------|---|---|
| 5 | 04/02/2020 17:30:42 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL | SISTEMA CNJ |
| 4 | 04/02/2020 17:30:42 | RECEBIDOS OS AUTOS | SISTEMA CNJ |
| 3 | 04/02/2020 17:30:42 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição | SISTEMA CNJ |
| 2 | 04/02/2020 17:30:42 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível | SISTEMA CNJ |
| [+] | 1 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL | Wallyson Barbosa Moura Advogado |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08036464120208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **JOELSON CASTRO SALES**, 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 SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/06/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados nos autos não são capazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a presença de invalidez permanente.

Ademais, cumpre também ressaltar que o boletim de ocorrência apresentado somente foi elaborado após 04 meses do suposto sinistro, sendo realizado somente a partir das alegações da própria parte autora e sem a presença de testemunhas.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 05/06/2019 após 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 20/02/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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;

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

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

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

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

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

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

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 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)

Em contrapartida, verifica se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceeria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.

Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), após a regulação do sinistro.

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

| PARECER DE ANÁLISE MÉDICA | | | | |
|--|---|--|----------------|-----------------------|
|  | | | | |
| DADOS DO SINISTRO | | | | |
| Número: 3190577703 Vítima: JOELSON CASTRO SALES | Cidade: Boa Vista Data do acidente: 20/02/2019 | Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: MBM SEGURADORA S/A | | |
| PARECER | | | | |
| Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR ESQUERDO | | | | |
| Descrição do exame APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM FÍSICO: GRAU ACENTUADO. | | | | |
| Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA. | | | | |
| Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. | | | | |
| Sequelas: Com sequela | | | | |
| Data do exame físico: 21/10/2019 | | | | |
| Conduta mantida: | | | | |
| Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO. | | | | |
| DANOS | | | | |
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| | | Total | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 20/02/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOELSON CASTRO SALES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03906
CONTA: 000000009033-1

Nr. da Autenticação C4C55307931B054A

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴RECURSO 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 HOUVE 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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários 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 Excelênciia 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:

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

Para fins do expresso 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, 10 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior | | | | | |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral | | | | | |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00 |
| 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 | | | | | |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos | 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 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; **JOSELAINÉ 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 **JOELSON CASTRO SALES**, em curso perante a **3^a VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08036464120208230010.

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
552796

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703
Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Cidade: Boa Vista
Data do acidente: 20/02/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM FÍSICO: GRAU ACENTUADO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTRO SALES **Data do acidente:** 20/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM FÍSICO: GRAU ACENTUADO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| | | Total | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTRO SALES Data do acidente: 20/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTRO SALES Data do acidente: 20/02/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORANTE:

NOME: Jelson Castro Soles
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro RG:
CPF: 814.690.802-06 ENDEREÇO: R. Ignácio Correa da Costa - 157
BAIRRO: Semeador Hilário Correia CIDADE: Boa Vista
CEP 69.336-6

VÍTIMA: Jelson Castro Soles
CPF: 814.690.802-06 DATA DO ACIDENTE: 20.02.19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORADA:

NOME: William Gonçalves Ferreira
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Construtor
Nº DO RG: 239917 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/R.R.
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: R. CC13 294 - Centro, Cidadao

PÓDERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista - RR, 20 de Setembro de 2019

Jelson castro soles
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Jelson castro soles



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577703 **Vítima: JOELSON CASTRO SALES**

Data do Acidente: 20/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577703

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

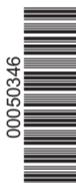
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190577703 Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebendor: JOELSON CASTRO SALES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000009033-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Administradora do Seguro DPVAT

 INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
*81469080206*4 - Nome completo da vítima:
*Jelson Castro Sales*5 - Nome completo:
*Jelson Castro Sales*6 - CPF:
*81469080206*7 - Profissão:
*Serviços gerais*8 - Endereço:
*Rua das Corvinas do Ceará*9 - Número:
*167*10 - Complemento:
*lcr*11 - Bairro:
*Helio Pompéia*12 - Cidade:
*Boa Vista*13 - Estado:
*CE*14 - CEP:
*69316625*15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):
91133855

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO:
AGÊNCIA: *3906*CONTA: *00009033*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:
 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a):
 Sim Não27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?
 Sim Não29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: *Falecidos:*30 - Vítima deu nascimento (vôrnascer)?
 Sim Não31 - Vítima teve irmãos?
 Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: *Falecidos:*33 - Vítima deixou pais/avós vivos?
 Sim Não

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

34

INSCRIÇÃO
DEclarante
é maior de
idade e
possui
habilidade
para assinar
este documento

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, *Boa Vista 07.10.19*41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jelson Castro Sales

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA – OFF LINE

| | | | |
|-------------------------|-------------------|----------------------------|---|
| BOLETIM N° | 2990/2019 | DELEGADO | Douglas Gabriel da Cruz |
| DATA: | 05/06/2019 | ATENDENTE | Carlos Ernanes Benevento Miranda |
| HORA DO REGISTRO | 16h38min. | LOCAL DA OCORRÊNCIA | DATA |

| | |
|---|---------------------|
| Rua Laura Pinheiro Maia, em frente ao número 717 – Senador Hélio Campos. | HORA DO FATO |
| | 20.02.2019 |
| | 17h40min. |

| Dados da Infração | | |
|--------------------------|--|---------------------|
| Cód. Infração | Infração | Qualificação |
| | Acidente de trânsito sem vítima fatal | |

| Dados do Comunicante/Vítima | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|
| NOME | Joelson Castro Sales | | CPF | 814.690.802-06 | RG | 205703 SSPRR |
| DATA NASC. | | IDADE | 34 anos | SEXO | Masculino | COR |
| PAI | | | | | Parda | |
| ESCOL. | | | | MÃE | Darquea Jeane Castro Sales | |
| TEL. | 99175 3852 | ESTADO CIVIL | Solteiro | | PROFISSÃO | Brasileira |
| ENDEREÇO | Rua S – 38, 171 – Senador Hélio Campos. | | | | | NAC. |

| Suposto Infrator | | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|-------------|------------------|-----------|-------------|
| NOME | | | CPF | | RG | |
| DATA NASC. | | IDADE | | SEXO | | RAÇA |
| PAI | | | | | | |
| ESCOL. | | | | MÃE | | |
| TEL. | | | NAT. | | | NAC. |
| ENDEREÇO | | ESTADO CIVIL | | PROFISSÃO | | |

| Objetos Envolvidos | | |
|---------------------------|-------------|---|
| Item | Qtd. | Descrição |
| 01 | 01 | Motocicleta Honda/CG 160 Fan ESD, cor preta, placa NAP 8817, chassi final 7803. |
| | | |

HISTÓRICO

O(A) comunicante acima qualificado(a) compareceu a esta unidade de polícia distrital para relatar acidente de trânsito envolvendo o seu veículo e um reboque que era puxado por outra motocicleta, da qual o comunicante não conseguiu anotar o número da placa. Informa que ao cruzar com a outra motocicleta, foi surpreendido pelo impacto do reboque vindo de encontro ao comunicante, que foi ao chão com várias fraturas e escoriações. Informa que uma viatura da Polícia Militar esteve no local, juntamente com uma viatura do SAMU, que conduziram o comunicante para o Pronto Socorro do Hospital Geral de Roraima. Diante dos fatos ora apresentados, pede providências à autoridade competente. É o relato sucinto.

O comunicante confere, assina e recebe uma via do presente boletim de ocorrência.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Carlo Emanoel Benevenuto Miranda
Carlos Emanoel Benevenuto Miranda
Agente de Polícia
Matrícula 42000447

Joelson Castro Sales
Joelson Castro Sales
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA - Patrimônio dos Brasileiros"



AUTO DE INFRAÇÃO

Lei 9.503/97

A PARTIR DA DATA DO COMETIMENTO DESTA INFRAÇÃO DE TRÂNSITO, FICA O CONDUTOR, SENDO ESTE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, NOTIFICADO DA AUTUAÇÃO, PARA QUERENDO, NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, APRESENTAR DEFESA DA AUTUAÇÃO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ARTIGO 18 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO, DA RESOLUÇÃO DO CONTRAN N° 404/2012.

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTUAÇÃO
1.1 - CÓDIGO DO ÓRGÃO AUTUADOR

123100

1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO

A157 N° 039041

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO
2.1 - PLACA

2.5 - UF 2.4 - PMS

2.2 - MARCA

VW FIAT PEUGEOT GM TOYOTA MERCEDES KIA FORD DODGE RENAULT MITSUBISHI AUDI CITROËN NISSAN
 HONDA YAMAHA SUZUKI SUNDOWN OUTRA

2.3 - ESPÉCIE

PASSAGEIRO CARGA MISTO TRAÇÃO COMPETIÇÃO ESPECIAL COLEÇÃO

BLOCO 3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

3.1 - NOME

JOSEON CARVALHO ALVES

BLOCO 4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL, DATA E HORA DO COMETIMENTO DA INFRAÇÃO

4.1 - LOCAL

RODOVIA BR 174 KM 100,000

4.2 - DATA

4.3 - HORA

4.4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO

4.5 - NOME DO MUNICÍPIO

4.6 - UF

12/12/2017 18:20 - BOA VISTA

5.1 - CÓDIGO DA INFRAÇÃO

5.2 - DESO.

5.3 - DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

| Cod./Deso. | Descrição da Infração | Cod./Deso. | Descrição da Infração |
|------------|--|------------|---|
| 501-0-0 | <input type="checkbox"/> Dirigir veículo sem possuir CNH/PPD/ACC | 659-9-2 | <input type="checkbox"/> Conduzir o veículo registrado que não esteja devidamente licenciado |
| 504-5-0 | <input type="checkbox"/> Dirigir veículo com validade da CNH ou PPD vencida há mais de 30 dias | 661-0-2 | <input type="checkbox"/> Conduzir o veículo com a característica alterada |
| 516-9-1 | <input type="checkbox"/> Dirigir sob a influência de álcool | 691-2-0 | <input type="checkbox"/> Conduzir veículo sem os documentos de porte obrigatório referidos no CTB |
| 518-5-1 | <input type="checkbox"/> Deixar o condutor de usar o cinto de segurança | 703-0-1 | <input type="checkbox"/> Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor sem capacete de segurança |
| 518-5-2 | <input type="checkbox"/> Deixar o passageiro de usar o cinto de segurança | 763-3-1 | <input type="checkbox"/> Dirigir veículo segurando telefone celular |
| 605-0-1 | <input type="checkbox"/> Avançar o sinal vermelho do semáforo | 763-3-2 | <input type="checkbox"/> Dirigir veículo manuseando telefone celular |

TIPO DE MEDICAO

VELOCIDADE (Km/H)
 PESO (Kg)
 NÍVEL DE RUÍDO (dB)

ALCOOLEMIA (mg/L)

TRANSMITANCIA LUMINOSA (%)

OUTRO _____ ()

5.4 - EQUIPAMENTO / INSTRUMENTO DE AFERIÇÃO UTILIZADO - MARCA / MODELO / N° DE SÉRIE

Marca: _____ Modelo: _____ Número: _____

Descrição _____

5.5 - LIMITES REGULAMENTADOS

5.7 - VALOR CONSIDERADO

5.5 - MEDIDA REALIZADA

5.8 - OBSERVAÇÕES

HAVENDO SE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NESTA LOCALIDADE
DEVE SER AVISAR A ESTE AUTORITATIVAMENTE
Sobre a ocorrência de acidentes de trânsito

BLOCO 7 - IDENTIFICAÇÃO DO EMBARCADOR/TRANSPORTADOR

7.2 - CPF / CNPJ

7.1 - NOME

BLOCO 6 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE OU DO AGENTE AUTUADOR

6.2 - ASSINATURA DO AGENTE

6.1 - CÓDIGO DO AGENTE

BLOCO 9 - ASSINATURA DO CONDUTOR

9.1 - ASSINATURA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

| | | | | | |
|---|------------------------|------------------------------|------------------|--------------|------------------|
| 2 - N° do documento ou AS: | 3 - CEP da vitima: | 4 - Nome completo da vítima: | | | |
| 8141-900-802-06 | | Joséson Pontes Sales | | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012 | | | | | |
| 5 - Nome completo: | 6 - Endereço: | 7 - Número: | 8 - Complemento: | | |
| Joséson Pontes Sales | Graça Barroca do Santo | 157 | | | |
| 9 - Profissão: | 10 - CEP: | 11 - Rua/Rua: | 12 - Cidade: | 13 - Estado: | 14 - Tel. (DDD): |
| Serviço de Rio | 09316625 | Rio de Janeiro | Rio de Janeiro | RJ | (21) 3855-9113 |
| 15 - Email: | | | | | |

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEVAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- INCLUSO INFORMAR R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00 R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 SEM RENDA R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS DA CONTA: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (CURADOR)

CONTA POUPANÇA (Somente bancos de investimento: Azul, Bradesco, Itaú, Santander, Sicredi, etc.)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (164)

CONTA CORRENTE (Bancos comerciais)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2907

CONTA: 000000033

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o digito do ddd)

(Inserir o digito do ddd)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de recuperação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.131/74), uma vez que:

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

Solicito o prazo de 60 (sessenta) dias do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação que me apresentarei sem a apresentação do laudo do IMI, reconhecendo, desde já, em me submetter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora (área para exames) e devidamente quantificando as lesões permanentes decorrentes do acidente ou trânsito causado por culpa do autorizado, conforme o disposto na Lei 6.131/74.

Declaro que este ato de cidadão não significa prévia concordância com a hipótese de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua constatação.

OCUPAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---------------------|
| 24 - Número de dependentes: | 25 - Grau de parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | 27 - Se casou de novo com alguém (s), informar o nome completo: | | |
| Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> | 26 - Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> | 27 - Se casou de novo com alguém (s), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima era: | 29 - Se é filha, informar: | 30 - Vítima faleceu: | 31 - Vítima: | 32 - Se é filha/mãe, informar: | 33 - Vítima deixou: |
| 28 - Vida: | 29 - Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> | 30 - Vida: | 31 - Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> | 32 - Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> | 33 - Vida: |
| 28 - Vida: | 29 - Se é filha, informar: | 30 - Vida: | 31 - Vida: | 32 - Se é filha/mãe, informar: | 33 - Vida: |
| 28 - Vida: | 29 - Se é filha, informar: | 30 - Vida: | 31 - Vida: | 32 - Se é filha/mãe, informar: | 33 - Vida: |

Estou dentro da obrigatoriedade de declarar, caso de óbito, a inscrição do Seguro DPVAT para morte (caso de óbito) de pessoas que se apresentarem e provarão esta condição, estando elas, aí de, de que qualquer óbito ou de danos não variáveis poderá gerar a obrigação de ressarcimento a quem recebeu, além da indenização devidamente criminal por infração ao artigo 269 do Código Penal.

| |
|---|
| 34 |
| Assinatura: |
| 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo): |

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - CPF legível, ou documento com pedida (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

| | |
|--------------------------|--|
| 38 - 1º Nome: _____ | |
| 38 - 1º CPF: _____ | |
| Assinatura da testemunha | |
| 39 - 2º Nome: _____ | |
| 39 - 2º CPF: _____ | |
| Assinatura da testemunha | |

40 - Data: 000 Júlio 07.10.09

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se menor)

William Gonçalves Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se menor)

43 - Assinatura do Procurador (se menor)



Paciente: Joelson Castro Sales
Idade: 34 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro
Endereço: HC 14 - PX

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena Etnia

Bairro: Senador Helio
composto

Nº 2792 DATA 20/02/19

HORA J/9: 11:23

BASE

VIA

192

Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo Jefferson

HORA J/10: 11:50

RÁDIO

MOTIVO
INICIAL:

Moto x Moto (carrosinha)

CELULAR

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Quelmadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

| VÍTIMA | MEIO DE LOCOMOÇÃO | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | ITENS DE SEGURANÇA |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> A pé | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Capacete |
| <input checked="" type="checkbox"/> Condutor | <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | <input type="checkbox"/> Cinto de segurança |
| <input type="checkbox"/> Passageiro | <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Airbag |
| <input type="checkbox"/> Ignorado | <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Assento para criança |
| | | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | |

AVALIAÇÃO INICIAL

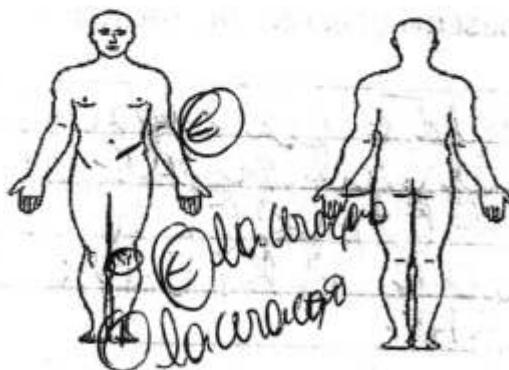
| VIAS AÉREAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL. NEUROLÓGICA |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Livre | <input type="checkbox"/> Apnéia | <input type="checkbox"/> Bradicardico | <input type="checkbox"/> Miase |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Midriase |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total | <input type="checkbox"/> Bradipneia | <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente | <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IE |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Taquipneia | <input type="checkbox"/> Pulso central ausente | <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Cianose central | <input type="checkbox"/> Agitação-psicomotora |
| | | <input type="checkbox"/> Extremidade | |

SINAIS VITAIS E ESCORES

| Hora | P.A mmHg | F.C Bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | Glasgow |
|---------------------|---------------|-----------|-----------|----------------------|--------------|----------|-------------------|---------|
| Inicio <u>19:08</u> | <u>120/70</u> | <u>76</u> | <u>19</u> | <u>100</u> | | | | |
| Fim <u>19:23</u> | <u>120/80</u> | <u>77</u> | <u>19</u> | <u>100</u> | | | | |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

- LESÃO IDENTIFICADA
- 1 - Dor
 - 2 - Hematoma
 - 3 - Contusão
 - 4 - Escoriação
 - 5 - Laceracão
 - 6 - Luxação
 - 7 - Fratura fechada
 - 8 - Fratura exposta
 - 9 - Amputação
 - 10 - Evisceração
 - 11 - Afuradimento de crânio
 - 12 - Ferimento penetrante
 - 13 - Tórax instável
 - 14 - Enfisema subcutâneo
 - 15 - Ferida aspirativa
 - 16 - Empalamento
 - 17 - Outros



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Ao comando
- 2 - À dor
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedeça a comandos
- 5 - Localiza a dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDIÁCA

AFFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PÉGREGA

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> FV | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Infeciosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> AESP | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | | <input type="checkbox"/> HAS | |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Assistolia | <input type="checkbox"/> Digestiva | | <input type="checkbox"/> Medicinação de uso | |

GRAVIDADE COMPROVADA

Ileso

Paquim.

Média

Severa

Óbito

*Dr. Marcos Felipe Diniz
CRM-RJ 100000*

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

DATA 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
EM 27/10/19

Stéfani
Rúbrica

- Cancelamento
- Recusa de Atendimento / Hospitalização
- Não se encontrava no local
- Trote

| | |
|----------------------|--|
| PERTENCE DO PACIENTE | Descrição: |
| | Nome do Receptor: |
| TERMO DE RECUSA | Função do Receptor: |
| | Assinatura do Receptor: Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ |
| TESTEMUNHA 01: | RG: _____ |
| TESTEMUNHA 02: | RG: _____ |

| GESTANTE | | | | | | | |
|---|---|--|---|---------|------|-----|------|
| Idade Gestacional: | <input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes | <input checked="" type="checkbox"/> Partes fetais na vulva | | | | | |
| Perda de líquido: | <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min. | <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante | | | | | |
| BCF: | <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s | <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante | | | | | |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Máscara laringea | <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca | <input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel | <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie | <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input checked="" type="checkbox"/> Curativos | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min | <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica | <input type="checkbox"/> Headblock | <input type="checkbox"/> Parto vaginal | | | | |
| <input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa | <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax | <input checked="" type="checkbox"/> Tirantes | <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação | | | | |
| <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal | <input type="checkbox"/> Descompressão torácica | <input type="checkbox"/> KED | <input type="checkbox"/> Outros: | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18 | <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____ | <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo | | | | | |
| MEDICAMENTOS PRESCRITOS | | | | | | | |
| FÁRMACO | DOSE | VIA | HORA | FÁRMACO | DOSE | VIA | HORA |
| Dipirona | 2g | EV | 19:08 | | | | |
| SF 6,91.500ml | | EV | 19:08 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão carro-sinalha da moto x moto hote verbalizando, apresentando flanco (L), fôlego (C), per (C) lacerações, c/SSUV preservados, no MR, ao GT.
Pm a Poio a SAV.

| |
|------------------|
| SAMU 192-BV |
| CONFERE COM |
| ORIGINAL |
| Em 27/09/19 |
| <u>Stephanie</u> |
| Rubrica |

Bolema 809347

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON CASTRO SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 00000009033-1

Nr. da Autenticação C4C55307931B054A



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato
concedo informe
este número



Nº da Nota Fiscal
003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

| CONTAMES | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2019 | 06/08/2019 | 267 | 237,56 |

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

| DADOS DA LEITURA | KWH | KVAC/H | DATAS DA LEITURA |
|-----------------------------|-------|--------|-----------------------------|
| Atual: | 37543 | | Atual: 23/07/2019 |
| Anterior: | 37276 | | Anterior: 21/06/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | | Próxima Leitura: 23/08/2019 |
| Consumo Médio: | 267 | | Emissão: 22/07/2019 |
| Consumo Faturado: | 267 | FCAH | Apresentação: 23/07/2019 |

| Classe/Subclasse | Ligação | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|----------------------|-------------|----------------|
| | | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | B1 | 11EDB06951117421861 | 1-1-17 | | 233 |
| HISTÓRICO KWH | | | | | |
| Mês/Ano | | | | | |
| JUN/19 | 147 | CONSUMO | 267 A R\$ 0,764602 = | 204,14 | |
| MAI/19 | 212 | CORREÇÃO MONETÁRIA DA 05/19-00 | | 0,04 | |
| ABR/19 | 239 | CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 | | 0,88 | |
| MAR/19 | 182 | MULTA POR ATASO DE I 05/19-00 | | 1,56 | |
| FEV/19 | 170 | JUROS DE HORA POR ATR 05/19-00 | | 0,29 | |
| JAN/19 | 294 | MULTA POR ATASO 05/19-00 | | 3,27 | |
| DEZ/18 | 210 | JUROS DE HORA DE INPO 05/19-00 | | 1,85 | |
| NOV/18 | 280 | ILUMINAÇÃO PÚBLICA | | 25,53 | |
| OUT/18 | 292 | | | | |
| SET/18 | 229 | | | | |
| TARIFA COM TRIBUTOS: | 0 A 267 - 0,634630 | | | | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 148,53

20

LIGUE 08007019120 E FAÇA URGENTE SEU PAGAMENTO

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.5089.E3EB.AB69.3F13

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 52,45 | Base de Cálculo: 204,14 |
| Energia: 111,22 | Aliquota ICMS: 17,00% |
| Transmissão: 0,00 | Valor do ICMS: 34,79 |
| Encargos: 5,77 | Valor do PIS: 0,00 |
| TrIBUTOS: 34,70 | Valor do COFINS: 0,00 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
6,55 13,00 1,13

DISTRITO

ROT: 7.001.28.01.291200

05/2019 69,55

| SEU CÓDIGO | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|--------------------|---------------------|
| 0070349-4 | 237,56 |
| MÊS FATURADO | VENCIMENTO |
| 07/2019 | 06/08/2019 |
| Nº da Nota Fiscal: | 003301566 FCAH |

83620000002 1 37560075000 0 00000000070 3 34940719008 2



SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão Integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco, inscrito (a) no CPF/CNPJ 823.396.343/70, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Taulson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.021-06, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Taulson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.021-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|----------|-----------|-------------------------|--------------|
| Endereço | CC. 11 | Número | 294 |
| Bairro | Palmeiras | Cidade | Boa Vista |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | RR 69318-050 |

Local e Data

Boa Vista, 08 de outubro de 19
William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAL (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Fernando da Silva Araújo

RG nº 554 750-4 data de expedição 07/08/2018

Órgão SSP/RR portador do CPF nº 404.649.112-49

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Luiz Reis Cristo, nº 760,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de mim: a propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson Castro Sales, cujo o condutor era

Joelson Castro Sales

Veículo: PAS / MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG FAN ESD Ano: 2016 - 2016

Placa: NAP 8817 Chassi: 9C2K220068067803

Data do Acidente: 20/10/2019

Local e Data: BOA VISTA / RR 10/10/2019

Assinatura do Declarante

Fernando da Silva Araújo

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**DANIEL
AQUINO**

Cartório da 2º Oficina - Boa Vista
Daniel Aquino e Tabózio Ltda - Corretora de Seguros
Av. Ataíde Teixeira, 4933 - Asa Sul
Fone: (65) 3441-1000 / 3441-1001
www.daniel-aquino.com.br

Reconheço por VERDADEIRA (s) firma(s):

"JOELSON CASTRO SALES" "FRANCISCO DE OLIVEIRA

ARAUJO

Em testemunha da verdade, R.E.F.
De que deu fé: Boa Vista/RR, 10 de junho de 2018.
Consulta este(s) ato(s) abaixo em cidades.portalsegur.com.br
REC/FIR/158296GPOTZ1A2TYTDRG / REC/FIR/1582968JST7NBY6X43H983 /

Emolumentos: R\$ 4,90 Fundos/ISS: R\$ 1,10 Total: R\$ 9,00

~~Pasat apurata~~

~~l'ha fatta~~

Ugo ha un bello O
con uno profondo
impattato di Pelle
nude, simile le
pelli O con definizioni
molto O di fondo.
Non sono fatte qualche O
Pelle: gentilissime e soffici O
di superficie bassa O
O attaccate in aggr.
apprendendo a tutte
Cipolla

G. S. G. 1931



COLEGIO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Facultad de Medicina - Clínica Universitaria

Emergency

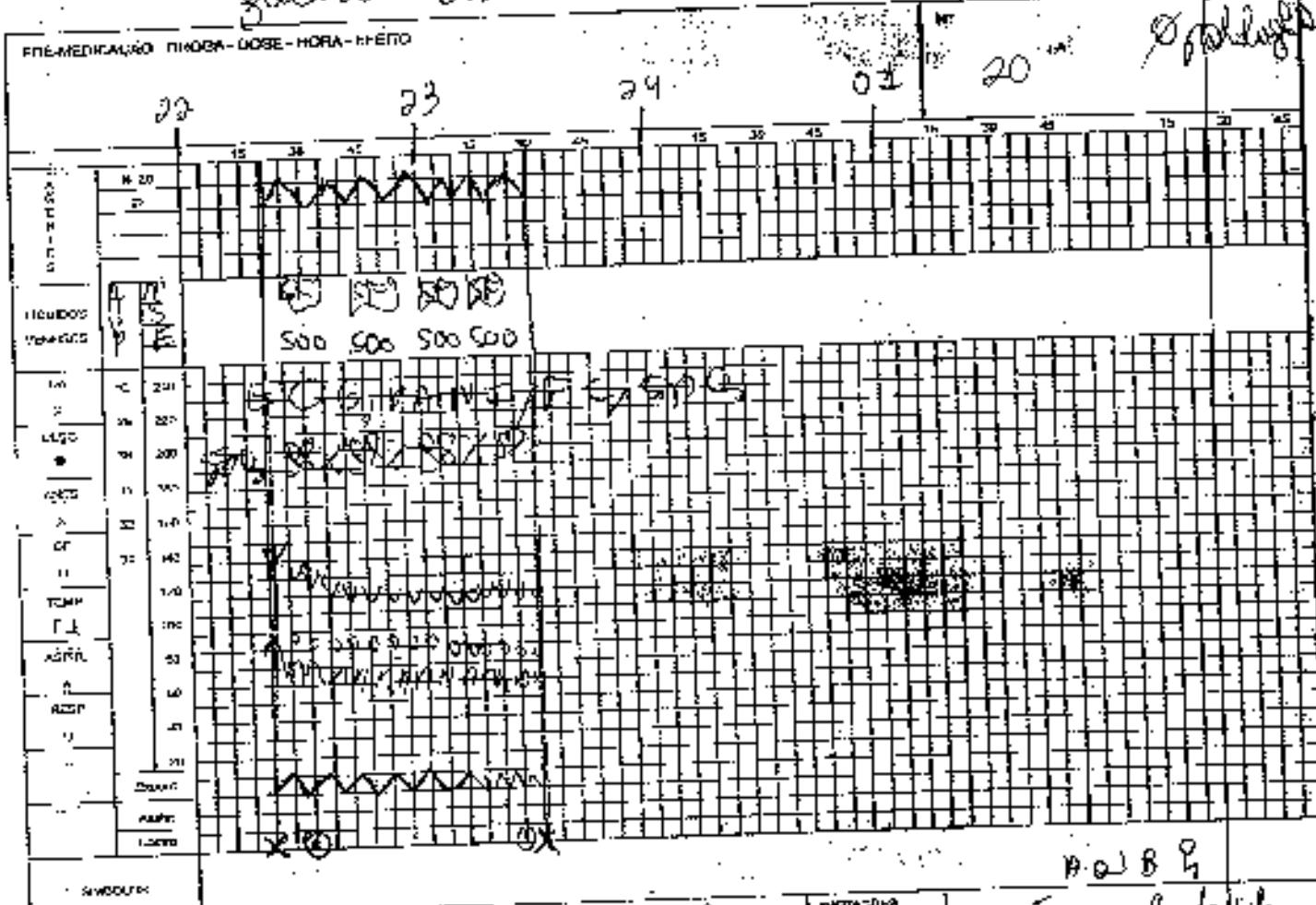
FICHA DE ANESTESIA

Gonzalo Castro Solís

Sobrepeso

Oncología

PRE-MEDICAMENTO: NIKOSA - DOSE - HORA - TIEMPO



P.o. B. h

ANESTESIA:
• Propofol 0.5% 15ml +
Regaleno 0.15mg
• Etomidato 100 mg IV + midazolam 20 mg IV
• Fentanil 100 mcg IV + midazolam 20 mg IV
• Anestesia endotraqueal de rígida
laringeofaringotomía electiva
(completa en parado) tubo endo-
tráquea ID 7-13 aguja burrón N° 26
ICE positivo, gleno/monotor
Cara inferior de propofol 0.5%

ANESTESIA:
• Propofol 0.5% 15ml +
Regaleno 0.15mg
• Etomidato 100 mg IV + midazolam 20 mg IV
• Fentanil 100 mcg IV + midazolam 20 mg IV
• Anestesia endotraqueal de rígida
laringeofaringotomía electiva
(completa en parado) tubo endo-
tráquea ID 7-13 aguja burrón N° 26
ICE positivo, gleno/monotor
Cara inferior de propofol 0.5%

ANESTESIA:
• Propofol 0.5% 15ml +
Regaleno 0.15mg
• Etomidato 100 mg IV + midazolam 20 mg IV
• Fentanil 100 mcg IV + midazolam 20 mg IV
• Anestesia endotraqueal de rígida
laringeofaringotomía electiva
(completa en parado) tubo endo-
tráquea ID 7-13 aguja burrón N° 26
ICE positivo, gleno/monotor
Cara inferior de propofol 0.5%

TOTAL 2000 ml 22:30 a. 23:30

1+0 Anestesia de Estomac Explota final total 5

ANESTESE: Dr. Enzo C. DR. MEX

R. J. Donadeo

R. J. Morán

R. J. Robles

AP

15 mg
(1) Anestesia 600 mg IV
(2) Géntammina 240 mg IV

Extrahido a S.R.P.A

BOLETIM OPERATÓRIO

WPF 1º

O.S. _____

pessoal

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TPO DE INTERVENÇÃO:

OCORRÊNCIAS E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente com 11047032 anos.

Sexo: F. Gênero: F.

Profissão:

(II) Fingui: exame intacto.

(I) D.P.A.

Dr. Marcus Brunner
 Médico Residente
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM - 07199

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO SIRUROGOSISPA

مکالمہ میرزا

卷之二

NAME: Isabella Cooper

Demokratie

سیاست

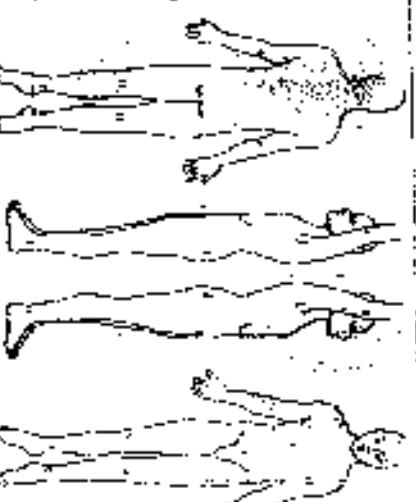
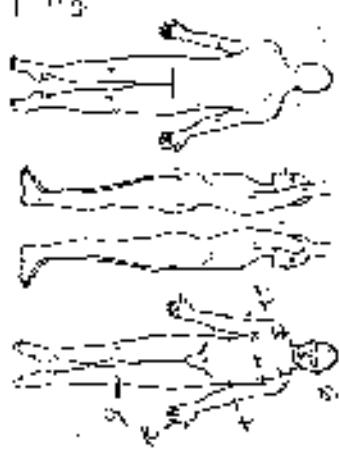
三

| Chamada | Agenda | Convocatória | Atividades | Documentos |
|----------------|-------------------------|--------------|------------|------------|
| Chamada 2013-1 | Reunião de Planejamento | Convocatória | Atividades | Documentos |
| Chamada 2013-2 | Reunião de Planejamento | Convocatória | Atividades | Documentos |
| Chamada 2013-3 | Reunião de Planejamento | Convocatória | Atividades | Documentos |

| Unidad | Indicador | Tipo |
|----------------------------------|-----------------------|--------|
| Dirección General de Estadística | SF: Órgano ejecutivo | Mesero |
| Sistema de estadística | SFA: Órgano ejecutivo | Mesero |
| Oficina de estadística | Otro tipo | Mesero |
| Oficina de estadística | Otro tipo | Mesero |

| | |
|--------------------|-----|
| 4. Produtos da PFC | |
| (1) Fármacos | |
| (2) Químicos | |
| (3) Alimentares | |
| (4) Cosméticos | |
| (5) Outros | PFC |

1. **Proyecto** **Reflexión**
2. **Proyecto** **Reflexión**



Weltweite Phasenzyklen des Erneuerbares im CO₂-Klimaschutz

Resolução CNE/2003 - Edaprodutoras e fornecedores F.G.P. para o PNAE 63/2011

100

BIBLIOGRAPHY

ANEXO D - LISTA DE OPERAÇÕES DE SEGURO NA HABITAÇÃO

OFERACIONES

30

Audits in the U.S. and Canada

卷之三

卷之三

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SÓ PODEM MELHORAR CONFIRMANDO
VERBALMENTE COM AQUELE:

卷之三

**1 - O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO**

CARLOS VASCONCELOS

W. H. G. - 1900

ESTÃO CORRETAS

() REVISÃO DE LITERATURA

COMO A AMOSTRA PARA ANA "OMIA" PATOLOGICA ESTÁ TENTATIVA

卷之三

REVISTA DA EQUIPE DE ANESTESIA
DE JUÍZ DE FORA - ESPECIALIZADA NA ALGODÃO PARENTE

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

O PAPÉ DE POSETA

ANESTESIA E TÉCNICAS

() Sima (✓) Não

XIV

EQUIPE DE ENFERMAGEM KEY-SCAKI
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO DO MÂNIBO DESESPERADO PACIENTE

() NHC 86-2712
() NHC 86-2713

NS300-2021-ANSWER

G. B. RUSSELL

R. R. Rawley
Editor

José Ribeiro Gomes



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRÂUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

HGRR

440

1

| | | | | |
|---|--|-------|-------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 20/02/2019 | DIH | DN | 10/10/1984 |
| PACIENTE JOELSON CASTRO SALES | | | | |
| AGNOSTICOS FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL | | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 34 | LEITO | 410-1 | DATA 21/02/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | |
| 1 | SIFTA ORAL LIVRE | | | |
| 2 | AVP | | | |
| 3 | CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS | | | |
| 4 | GENITAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1, 21/02) | | | |
| 5 | FLASII 10MG EV 8/BH S/N | | | |
| 6 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | | | |
| 7 | TIRAMAL 100MG + SF 0,8% 10ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | |
| 8 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | |
| 9 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | | | |
| 10 | OMOPRAZOL 40MG I.V 1X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N | | | |
| 11 | SSVV + OGG 6/6 H | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLUCOSOF < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | |

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE OFERECIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: UFG, TOE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HORATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

| | 8 H | PA | FC | FR | T |
|------|------------------|----|----|-----|---|
| 8 H | 160/80 | 80 | 24 | 26C | |
| 12 H | 160/80 | 80 | 24 | 26C | |
| 18 H | 120/80 | 68 | 18 | 26C | |
| 24 H | DEFICI T DE FUNC | | | | |

Dr. Odinechi Ojehiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 3851-RH

22/02/16
Oculista



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº

40

1

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 **DIA** DN **10/10/1984**

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNOS FRACTURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS **DM2**
IDADE 34 **LEITO** 410-1 **DATA** 22/02/2018

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|--|---|---------|
| | | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | |
| 4 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | |
| 7 | GENTAMICINA 210MG EV 1 X AO DIA (D1, 21/02) | |
| 8 | PLASIL 10MG EV B/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DL 6/6H S/N | |
| 10 | IRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML. EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | |
| 11 | CAPTOPIRI, 25 mg VO SF PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG | |
| 12 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 20MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N | |
| 14 | SSV V FC GGG 6/6 H | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 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 QU GI ICOSE ≤ 70 DMJML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFLIBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORALHO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Orinachl Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1451 RR

| SINAIS VITAIS | | PA | FC | FR |
|---------------|------------|----|----|-------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | Δ Δ 2 X C3 | 65 | - | 35.3' |
| 18 H | 102/56 | 55 | 29 | 36.4' |
| 24 H | 110/60 | 60 | 29 | 36.4' |

940-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS DM2 DATA 24/02/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIFTA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS

7 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)

8 VITASIL 10MG EV 8/8H S/N → SA

9 DIPIRONA 1G EV DF 6/8H S/N

10 TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETOCONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 DP V O S/N

14 ISSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

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

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOJE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFRÉRIL, FUPNFICO,

NÔRMOCORÁDIO, HIDRATADO.

PRÉVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. Odilson Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Oml 1853-BX |
|---------------|--------|----|--------|---|
| 6 H | PA | FG | FR | |
| 12 H | 100/76 | 80 | 19 | 36 °C |
| 18 H | 130/80 | 74 | 28 | 36,0 °C |
| 24 H | 90/60 | 74 | 19 ppm | 36,0 °C |
| 06 h | 130/60 | 79 | 19 ppm | 36,1 °C |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1001-KR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH 10/10/1981

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS 1IAS DM2 DATA 23/02/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

PREScrição

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIETA ORAL LIVRE

SAB

2 AVP

10/02/2019

3 CI INFLAMICINA 600MG FV 6/6HRS

10/02/2019

4 GENTAMICINA 240MG FV 1 X AO DIA (D1-24/02)

10/02/2019

5 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

10/02/2019

6 DIPIRONA 1G CV DE 6/6H S/N

10/02/2019

7 TRAMAL 100MG + SF 0,8% 100ML EV DE 8/6H SL DOR INTENSA

10/02/2019

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 L OU PAD > 110 MMH6

10/02/2019

9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8HRS S/N

10/02/2019

10 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V O S/N

10/02/2019

11 SS/V + CCGG 6/8 H

10/02/2019

12 CURATIVO DIÁRIO

10/02/2019

13

10/02/2019

14

10/02/2019

15

10/02/2019

16

10/02/2019

17

10/02/2019

18

10/02/2019

19

10/02/2019

20

10/02/2019

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RÉGULAR (S0)
 CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE
 ≥ 33% 48 MI EV - AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFFBRIL, TUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

| | 6 H | 12 H | 18 H | 24 H | FG/0 | FR/4 | T°C |
|------|----------|--------|--------|--------|------|------|-------|
| 6 H | 103xPA90 | 110/92 | 112/90 | 102x62 | FG/0 | FR/4 | 36°C |
| 12 H | | | | | 68 | 23 | 36,3% |
| 18 H | | | | | 72 | 14 | 36,3% |
| 24 H | | | | | 70 | 16 | 36°C |

Dr Odilnachy Oliveira
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-KR

04/03/2019

Parte me tinto, adm. medicação
 2. Atenção: durante visitas, se
 quei cuidados de enfermagem



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

410
1

MATRIZ DE ADMISSÃO 20/02/2019 DHTI DN 10/10/198

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 34 LEITO 410-1 DATA 25/02/2019

ITEM PRSCRIÇÃO HORARIO

1 DIFLIA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLOINDAMICINA 600MG EV 6/6H IRS

7 GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1: 21/02)

5 PLASIL 10MG EV 6/6H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 06/02 11/03 20/02 02

10 TRAMAL 100MG + SH 0,5% 100ML FV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMOPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 SS/VO + CCOG 6/6H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

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 OUI GLICOSE ≤ 70 DMGL, GLICOSE
≥ 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: B/G, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFLIBRIL, FUPNFICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

A PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

| | PA | FC | FR |
|------|--------|----|-------|
| 6 H | 141/77 | 62 | 36/16 |
| 12 H | 141/77 | 62 | 36/16 |
| 18 H | 130/72 | 64 | 36/16 |
| 24 H | | | |

Dr Odilacni Okempi
Residente Dr Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RS1-RR

Agendada p/ 28/02/19, às 14hs, na
NEURSCAN!

Dr. Odilacni
CRM-RS1-RR



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

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNOSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS

HAS

DM2

IDADE 34

LEITO

410-1

DATA

26/02/2019

ITEM

PREScrição

HORARIO

1 DILTA ORAL LIVRE

2 AVP

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

7 GFNTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 21/02)

0 PLASIL 15MG LV P/BH S/N

6 DIPRONA 10 EV DE 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/9H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 150 I QU PAD > 110 MMHG

12 SIMLICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U;

351-400: 8U; ≥ 400: 10 U E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSURE

50% 40 MI EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACINÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORÁDIO, HIDRATADO.

A PREVISÃO DE ALTA: SEM PRVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr. Otávio Henrique Pekemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1853-RR

| SINAIS VITAIS | | PA | FC | FR | |
|---------------|--------|----|----|--------|--|
| 6 H | | | | | |
| 12 H | 130x30 | 68 | 18 | 26 | |
| 18 H | 129/81 | 64 | 19 | 35,8°C | |
| 24 H | 125x69 | 68 | 20 | 37,3°C | |
| 06 H | 99x60 | 56 | 18 | 36°C | |



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

28/02/19 10:10

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH APN 10/10/1981

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

| | | |
|----------|-------|------|
| ALERGIAS | HAS | DM2 |
| IDADE | LEITO | DATA |

34

L.EITO

410-1

27/02/2019

HORÁRIO

| ITEM | PRESCRIÇÃO | |
|------|--|--|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | AVP | |
| 4 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS | |
| 7 | GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02) | |
| 8 | PLASMA UMC EV 8/8H S/N | |
| 9 | DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N | |
| 10 | TRAMAL 100MG + SF 0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | |
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG | |
| 12 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N | |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N | |
| 14 | SSVV + COGG 6/6 H | |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMÁTICO: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E QU GLICOSF ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | |

Evolução médica:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, A VIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

#EXAME FÍSICO: INEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANIDÉRICO, AFFBRIL, FUPNFICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|--------|----|----|----------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 114x63 | 64 | 20 | 36 106 ± |
| 18 H | 126/64 | 62 | 28 | 36 90 |
| 24 H | 130/70 | 76 | 39 | 36 1 |

Dr Odinachi Okemini
Residente Do Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851 RN

06/20/70 70 19 3615



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

HGR

LNU

CR

DN

10/10/1984

DATA DE ADMISSÃO

20/02/2019

DIH

DN

10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNOSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS

34

HAS

DM?

01/03/2019

IDADE

LEITO

410-1

DATA

HORÁRIO

ITEM

PREScrição

1 DIFTA ORAL LIVRL

10

2 AVP

END

4 CHINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS

12.40

7 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)

S/N

0 PLASIL 10MG EV 8/6H S/N

9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

10 THAMAL 100MG I SI 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRII 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GD TAG V O 8/8 HRS S/N

13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

14 SSW + CCGO 5/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 301-350.

361-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE

50% 4C ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

+ EXAME FÍSICO: BLG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÍRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORDADO, HIDRATADO.

+ PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | 114/69 | 60 | 18 |
| 18 H | 111/61 | 67 | 18 |
| 24 H | | | |

Dr. Gennachini Okemirli
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1881 RR

410-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS HAS DM2 DATA 02/03/2019

IDADE 34 LEITO 410-1 HORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO

1 DIFLIA CIRAL 1 VIRE

2 AVP

4 CIINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS V.O

7 OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N

8 PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N

9 DIPIRONA 1G LV DF 6/6H S/N

10 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DF 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 ISSVIV + CGGG 6/6 H

15

16

17

18

19

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 QUILÍGLICOSE ≤ 70 DMU, GL100SE

50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.

ALIMENTANDO, SEM ALTRURAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLÉBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Dr Odilonchi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | |
|-----------------|------------|----|----|--------|
| 6 H | | | | 36,1°C |
| 12 H | 120X80 | 90 | - | |
| 18 H | 120X76 | 96 | - | 35,3°C |
| 24 H 20/02/2019 | 118X71 | 78 | 19 | 36°C |
| | 600 119x72 | 68 | 19 | 35,8°C |

Reavaliar paciente dia
sexta-feira e reavaliar
sexta-feira de novo.
M.S. - 10 - Ambulatório
Também
Caren

410-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

1103

DN 10/10/1984

DATA DE ADMISSÃO

20/02/2019

DIH

DN

10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGIAS

HAS

DM2

03/03/2019

IDADE 34

LEITO

410-1

DATA

HORARIO

PREScriÇÃO

SND

ITEM 1 DIETA ORAL LIVRE

PLANTONISTA

2 AVP

10:00-16:00

4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS

SIV

7 OMESPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

SIV

8 PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N

SIV

9 DIPIRONA 1G LV DF 6/6H S/N

SIV

10 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE B/MH SE DOR INTENSA

SIV

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG

SIV

12 SIMLTICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

SIV

13 CURATIVO DIÁRIO

NOTÍCIA

14 SSVV + CCGG 6/6 H

NOTÍCIA

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORRIGAÇAO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 20U-250; 2UI; 261 300; 4UI; 301 350: 6UI,
 $361-100 \cdot 8UI; > 400, 10 UI E QU$ GI COISL ≤ 70 DL/ML GLICOSE
 $\geq 80\%$ 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DENTADO NO 1 FITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SLM AI TERAPIAS

EXAME FÍSICO: REG, LOTF, ACIANÓTICO, ANICÍFRICO, AFBRII, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

55VV 06h
 PA 20/80
 FC 80
 T 35,3



SINAIS VITAIS

| | 6 H | PA | FC | FR |
|------|--------|----|------|----|
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 180/68 | 64 | 36,3 | |

Dr. Cláudia Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WESON FRANCO - HC

Eu José Sônia Castro Sober

Sou informada que presecio Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de transmitir e dever ético de informar ao paciente ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ou(s) qual (is) serão submetido, complementarmente as informações prestadas pelo enfermeiro e pela equipe de funcionários e profissionais do serviço do Hospital Geral de Roraima - HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pelo fato de serem mantidos cuidados médicos assistenciais no níveis complicados e de risco hospitalar;
- 2.) Esse cliente não podem exercer necessidade de internação para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário teremos:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas, o Dr. Fernandes orienta que é instante;
- complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento hospitalar;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade à assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferida para Hospital de Retaguarda.

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de analisar, questionar, alterar, qualquer capítulo, parágrafo ou palavra com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de 03 de 20 19.Assinatura do paciente: José Sônia Castro Sober

Responsável:

1) Assinatura:

Nome:

CPF nº:

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que eu expliquei.

Boa Vista, 14 de 02 de 20 19. Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM

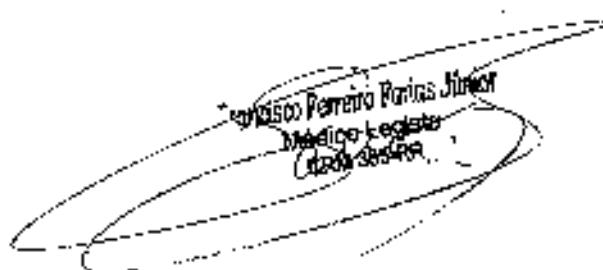
Assinatura/Carimbo do Médico Registrado

Bando Médico

Wilson Postro Sales, CPF 834.690.802-06, vítima de acidente de moto, com óssea fiche de atendimento 1903075678, tendo trauma em braço e joelho esquerdo. Foi realizado inicialmente tratamento com fixador externo em joelho esquerdo. Apesar de médica, iniciando evolução com limitação de mobilidade de joelho para flexão, comprometimento na marcha, limitação para esforços repetitivos com membros inferiores esquerdos, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: iniciando apresentando sequelas permanente permanente em membro inferior esquerdo.

São José, 27/08/2019

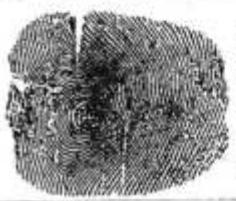




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

13/10/2016

REGISTRO GERAL
239717

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÉS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Progressista da Polícia Civil

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

p 1

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA COPIA FENAVAM
01 01070618072 51049278810

NOME / ENDERECO
FRANCISCO DE OLIVEIRA ARAUJO
R LUIZ KETES CRISTO 117
EQUATORIAL - 3M
BOA VISTA-RR 69317338

CPF / CNH PLACA
404.649.112-49 NAP8817

NOME ANTERIOR
RURATHA MULHERES LTDA

PLACA ANT/UP CHASSI
9CZKC220058067803

ESPECIE/TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/HANDARAL ALCO/GÁSOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO M.
HONDA/CB 160 FAN 2016 201

CAP/POV/CL PESSOA COR PREDOMINANTE
2P/0162CC/ AUTOM. PRETA

OBSERVACÕES

AL. FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA
AMAZ OCTD * GUARDA-CHAVE PARA TRANSFERIR
Luz - SEM LOCAL SAGRADO

LOCAL DATA
BOA VISTA-RR 27/07/2016

DENATRAN CONTRAN

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

| | |
|--|---|
| Número do sinistro: | 3190577703 |
| Nome do(a) Examinado(a): | JOELSON CASTRO SALES |
| Endereço do(a) Examinado(a): | RUA IGRAÇA CORREA DA COSTA 157 SENADOR HÉLIO CAMPOS |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 814.690.802-06 |
| Data e local do acidente: | 20/02/2019 SENADOR HELIO CAMPOS - RR |
| Data e local do exame: | BOA VISTA/RR, 21/10/2019 |

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MIE- FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR E

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 4-5 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM SETEMBRO DE 2019

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

MIE: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM JOELHO E SUGESTIVA DE GONARTROSE + LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO E EM GRAU ACENTUADO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DO MEMBRO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

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

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO/FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR