

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2656235920200306172530

Processo 0805011-33.2020.8.23.0010 ☆ - (21 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 Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 8	06/03/2020 17:25:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2698323CONTESTACAOPROTOCOLADA01.pdf Público 8.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2698323CONTESTACAOPROTOCOLADAAnexo02.pdf Público 8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
7	04/03/2020 16:39:54	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Jhose Hemily Ferreira da Silva com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (19/02/2020)	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
[+] 6	19/02/2020 16:18:18	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	14/02/2020 10:05:28	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	14/02/2020 10:05:28	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	14/02/2020 10:05:28	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	14/02/2020 10:05:28	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	14/02/2020 10:05:28	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado



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

Processo: 08050113320208230010

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 **JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/12/2019**.

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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. *"A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome"* (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

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;

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. *"A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ"* (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandato.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

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 20/12/2019 após 07 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 26/05/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190721936	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA	Data do acidente: 26/05/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA				
Descrição do exame físico: APRESENTA CREPITAÇÃO ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.				
Sequelae permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 09/01/2020				
Conduta mantida:				
Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.				
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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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)

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

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 26/05/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme comprovante abaixo:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	22/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010110913-X

Nr. da Autenticação FAE484CBAC590E45

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

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

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

apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1,687.50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸

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.

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

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

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08050113320208230010.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970



82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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 Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Those Hemily Ferreira da Silva (a) no CPF sob o Nº 004.366.672 / 92 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítim Those Hemily Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 004.366.672 / 92 confora determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Rua: 05		Número	121	Complemento
Bairro	Cidade Satélite	Cidade	Boa Vista	Estado	RR	CEP
Email		nonatosilva638@gmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
					(95) 99114-4021	

Boa Vista, RR de Dezembro de 19
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

1901114975

26/05/2019 15:40:27

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

Paciente

JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data Nascimento

18/06/1997

Idade

21 A 11 M 8 D

CNS

704109189427072

CPF

00138667292

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE

3791220

RR

08/07/2008

F

UNIAO

PARDA

IRANDUBA - AM

BRASILEIRA

Mãe

GLAUDEJANY GOMES FERREIRA

ESTAVEL

Contato

(95) 98104-1597

Endereço

RUA - JURACI PEIXOTO - 66 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR

Ocupação

ASSISTENTE

ADMINI

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Pronatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Setor

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

SAMU CAPITAL

Procedimento Sol.

Registrado por:

ELIENE

Queixa Principal

Dor lom ombro esquerda e
clavícula esquerda☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 16:05 h)

paciente vítima de acidente de moto rolado dor no ombro esquerdo
e clavícula esquerda

Exame Físico

BEG, L016, dor em ombro esquerdo, Glasgow: 15

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

dipirona 1g EV
ibuprofeno 400mg EV

16:15

morphina 1g EV
Asp - 9g EV
Nasal 50 mg (IM) agora 16:30

OTF

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para: Ortopedia☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino:

2º TEN Dr. Henrique Rodrigues
CRM-RR 1403

Anatomia Patológica



Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene
Data Hora: 26/05/2019 16:01:36

9 0719
SOPROCA - Soluções em Tecnologia
CNPJ: 06.908.000/0001-01
RUA: 4.111-101513



1901114975

ORTOPEDIA

PACIENTE RELATA QUEDA MONOCULERA, APRESENTA DOR EM OMPLA
①.

EX FISICO: DOR EM REGIÃO ACROMIO-CLAVICULAR + LÍMITE FU

RADIOGRAFIA: EVOLUÇÃO ÚLTIMO ACROMIO CLAVICULAR GD

CD: ENTREVISTA HOSPITALAR

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 1427

Ata - 29/05/2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXISTENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
Shose Henry Ferreira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71041109118941270712

18/06/97

6 - Nº DO PRECATÓRIO
0072589

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Glauberiany Gomes Ferreira

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Juracy Puxeto n.º 66 Jaquei Clube

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CÓD. DA CIDADE

R.R.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

luxação Acromio clavicular C.V

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tfo uneng.

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

tx + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

LAC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internacao Hospitalar

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759 Nº DO BILHETE 220114272

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESIGNADO

APOSENTADO

NÃO SEI

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO (CNS/CMS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/5/19

0308010019
5434 T06P
V299

A 62 (corredor)

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JHOSE HEMILY FERREIRA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	27/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAINTEN
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENS
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18-06
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				22
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				14-06
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14-06
10	SSVV + CCGG 6/6 H				CONV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				ROTINA
14	CURATIVO DIARIO				SN
15					S.T.F
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Marcos Brunner
Médico
CRM-RR 1917

SINAIS VITAIS				
6 H	108x72	70	-	36.3
12 H	100x60	70		36
18 H	100x70	80		35.6
24 H				

12: adh: Adm medicada
SSVV, multiplicadas

C. P. M.
R. M.
Coten-RR 400442

A62 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	07/03/2019	DN	08/09/1985
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE	JHOSE FERREIRA DA SILVA			
----------	-------------------------	--	--	--

AGNÓSTI	LX ACROMIO CLAVICULAR E			
---------	-------------------------	--	--	--

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	62	DATA	29/05/2019
-------	-------	----	------	------------

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

1	DIETA ORAL LIVRE	
---	------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
---	--------------------------	--

3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
---	----------------------	--

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 13 24 C 6
---	------------------------	--------------

5		
---	--	--

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
---	---	--

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
---	-------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
---	---------------------------------	--

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 22 C 6
----	---------------------------------------	-----------

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

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

17	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

18	CURATIVO DIÁRIO COM ABRASIVO	
----	------------------------------	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Trau-matologista
CRM-RR 1916

JOSE VICENTE FERRER
025.0001545

Image 1.1
MIL 100 / 1000 / 200



Image size: 4240x3460
View size: 1278x231
Zoom: 31%



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

RESUMO DE ALTA-HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Shose Ferreira da Silva 22 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPI-AL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26 05 1970

DIAGNOSTIC OF *Fixed Point in (1,1)*

NO DIA _____ FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ESPECÍFICO DE _____ SENDO _____

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/11, ÀS 13:00, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 10 DE 11, ÀS 13:00, COM O
DR. Santos

ORIENTAÇÕES GERAIS

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. 4406121

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

BOA VISTA

MÉDICO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

2º OFÍCIO DE BOA VISTA

AUTENTICAÇÃO - A presente cópia
reproduz fielmente o documento que me foi
apresentado.

30 OUT. 2017

Em laud HL na verdade

☐ Daniel Aquino - Oficial
☐ Camila Retroz - Escrivente

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.91470.04-8

8949370

0040

RR

Jose Hemily Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



Alex Chang Jin Tami

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO: KLEIN PEREIRA DA SILVA
GLAUCIEJANY GOMES FERREIRA
NASCIMENTO: 18/08/1997 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: IRANDUBA - AM
DOCUMENTO: C.I. 3791220 08/07/2008 SES RR
LEIA 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF: 001.386.672-92 CNH: 004627242658
TIT. ELEITOR: 004627242658 SEÇÃO: 0170
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 26/03/2015

ZONA: 002

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

2º OFÍCIO DE BOA VISTA

AUTENTICAÇÃO - A presente cópia
reproduz fielmente o documento que me foi
apresentado.

30 OUT. 2017

Em laud HL na verdade

☐ Daniel Aquino - Oficial
☐ Camila Retroz - Escrivente

Alex Chang Jin Tami

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013774605750
EXERCÍCIO 2018

VALDEMIR OLIVEIRA PIRES

011.818.682-20

PLACA NQJ9336

9C2HA0700XR051659

PAS/MOTONETA/NAQ APR 10

COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/C100 BIZ

ANO FAB 1999

EP/0097CC/

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE AZUL

1º *ISENTO*
2º *****
3º *****
VEIC/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$10.7
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185.5
DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA RUA
MIZ OCID *

RUA VISARREDO Francisco Bezerra Marques 10/2018
DETTRAN-RR

RR Nº 013774605750
BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

01 011.818.682-20
EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 17/10/2018

00719809878

HONDA/C100 BIZ

ANO FAB 1999

9C2HA0700XR051659

PREMIO TARIFARIO

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013774605750
88805010023

**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:	3190721936
Nome do(a) Examinado(a):	JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA PEDRO PRAÇA 2765 CASA CAMBARÁ
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	001.386.672-92
Data e local do acidente:	26/05/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 09/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V

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

VITIMA FEZ USO DE TIPOIA POR 30 DIAS; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019

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

OMBRO E: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/ABDUÇÃO + CREPITAÇÃO LOCAL

IV) Nexos 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.

OMBRO E: 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 trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): OMBRO ESQUERDO

% 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

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.

ENDEREÇO ATUAL: RUA RIO ANAUÁ, 490, ARACELIS SOUTO MAIOR, BOA VISTA- RR



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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190721936 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CREPITAÇÃO ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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: 3190721936 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA CREPITAÇÃO ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR GRAU V ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Thiara Henily Ferreira da Silva
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO:
RG: 3291220 CPF: 005.386.672-92 ENDEREÇO: RUA/AV.
BAIRRO: Amorim CIDADE: Boa Vista Nº 2769
CEP 69313-469 /RR

VÍTIMA: Thiara Henily Ferreira da Silva
CPF: DATA DO ACIDENTE: 28/05/19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Advogado
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

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 12 de 2019.

Thiara Henily Ferreira da Silva
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0470406/19

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

CPF: 001.386.672-92

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/05/2019

Titular do CPF: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA : 001.386.672-92

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: 27/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190721936

Vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **000010110913-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 001.366.672-92 4 - Nome completo da vítima: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA 6 - CPF: 001.366.672-92

7 - Profissão: Recenseado 8 - Endereço: Rua Pedro Praca 9 - Número: 2765 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Cambaí 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-468

15 - E-mail: monstrosilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD) 95 9914-9021

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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR)

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

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

AGÊNCIA: 0250 (Informar o dígito se existir) X CONTA: 110913 (Informar o dígito se existir) 8

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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 realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

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

40 - Local e Data: Boa Vista 20/12/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver): RAIMONDO MOUTO SILVA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

569095

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045636/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 10:32 Data/Hora Fim: 20/12/2019 10:50
Origem: Polícia Judiciária Data: 20/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 26/05/2019 15:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Horácio Mardel Magalhães
Complemento: Cruzamento com a Rua Mestre Albano
Ponto de Referência: Supermercado Novo Tempo
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Asa Branca

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JHÔSE HEMILY FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Iranduba Sexo: Feminino Nasc: 18/09/1997
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Glaudejany Gomes Ferreira Nome do Pai: Klein Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.386.672-92
RG - Carteira de Identidade: 379122-0

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Pedro Praça
Complemento: Casa
Bairro: Cambará
Telefone: (95) 98402-0142 (Celular)

Nº: 2769

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 811.818.682-20

Renavam 00719809878

Número do Chassi 9C2HA0700XR051659

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAJ-9336

Número do Motor HA07E-X051659

Ano/Modelo Fabricação 1999/1999



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 20/12/2019 10:50
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 045636/2019

Número da Carroceria 0

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ

Modelo HONDA/C100 BIZ

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Jhõse Hemily Ferreira da Silva

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Depositário, Proprietário,
Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de VALDEMIR OLIVEIRA PIRES. Que trafegava na Rua Horácio Mardel de Magalhães (PREFERENCIAL), onde no cruzamento com a Rua Mestre Albano, foi colidida por um veículo, não sabendo indormar as características identificadoras do mesmo e nem de sua condutora, apenas que era de cor vermelha. Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 4200908
Responsável pelo Atendimento

Jhõse Hemily Ferreira da Silva
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Assinatura do beneficiário ou representante legal

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº de inscrição do ASL

3 - CPF do segurado

001.366.672-92

4 - Nome completo do segurado

JOSE HENILY FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INSCRIÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA - TUA/INSCRIÇÃO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN AMAC/2012

5 - Nome completo

JOSE HENILY FERREIRA DA SILVA

001.366.672-92

6 - End. Res.

Rua Pedro Paulo

7 - Número

2765

8 - Complemento

CASA

9 - Bairro

CAMBACI

10 - Cidade

BOA VISTA

11 - Estado

RR

12 - CEP

69.315.468

13 - E-mail

henilysilva638@gmail.com

14 - Nº do PDI

45.9949-5021

15 - CAPAS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTELA, CURADORIA, INTERDIÇÃO, MENOR EMPODERADO, TUTORIA, CURADORIA, INTERDIÇÃO, MENOR EMPODERADO, TUTORIA, CURADORIA, INTERDIÇÃO, MENOR EMPODERADO)

16 - Nº do Cartão de Representante Legal

17 - CPF do Representante Legal

18 - Polissa do Representante Legal

19 - Para todos os itens de direcionamento, o endereço deve ser informado conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.200,00

☐ R\$1.200,00 A R\$1.500,00

☐ R\$1.500,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUPEANÇA (somente para as contas citadas - ANEXAR CÓPIA)

☐ Bradesco (287)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 0250

☒ CONTA

110913

☐ AGÊNCIA

0250

☐ CONTA

110913

☐ AGÊNCIA

0250

☐ CONTA

110913

21 - Nome e endereço atual

22 - Nome e endereço atual

23 - Nome e endereço atual

24 - Nome e endereço atual

Autoriza a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de acordo com a legislação, o valor da indenização decorrente do Seguro DPVAT a que o segurado tem direito, renunciando e dando, de livre e espontânea vontade, a quitação da dívida, quitando-se o valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que sou o responsável por apresentar o laudo do IML (Instituto Médico Legal) para os fins de liquidação de indenização do Seguro DPVAT, conforme a Lei nº 6.194/74, uma vez que:

- Não atendo a exigência da legislação de que o IML seja responsável por emitir o laudo;
- Não atendo a exigência da legislação de que o IML seja responsável por emitir o laudo;
- Não atendo a exigência da legislação de que o IML seja responsável por emitir o laudo;

Declaro e reconheço que a Seguradora LIDER é credora da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada para a verificação da condição de invalidez permanente, e que a Seguradora LIDER é responsável por emitir o laudo de invalidez permanente, conforme a Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa, sob pena de nulidade, a renúncia a qualquer outro direito de indenização ou a qualquer outro direito de indenização, sendo a única e definitiva.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

26 - Beneficiário único (nome completo, data de nascimento, endereço completo, CPF, RG, PIS/PASEP, INSS, etc.)

27 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

28 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

29 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

30 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

31 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

32 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

33 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

34 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

35 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

36 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

37 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

38 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

39 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

40 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

41 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

42 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

43 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

44 - Se o beneficiário for menor de idade, informar o nome completo

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: **BRAVO I**

EQUIPE:

See July 1966 and Grice

Paciente: Jose Hemilly Feoures da Silva Idade: 21 Sexo: Fem

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: rua Maria Medel d. meireles Bairro Asa Branca

Nº 8636	DATA 26/05/19	HORA J/R: 15 20	BASE VIA: 1	PÁGINA: 1
---------	---------------	-----------------	-------------	-----------

Médico (a) Regulador (a):	Dr. Anderson	HORA J/10:	15:28	BASE (X) VIA ()	() RÁDIO
				15:49	CELULAR

MOTIVO INICIAL	Colarado moto x carro	DATA	15/10	HORA	15:17	CELULAR	
----------------	-----------------------	------	-------	------	-------	---------	--

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | OCCORRÊNCIA CONSTATADA | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência psiquiátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física – FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física – FAB | ☐ Afogamento | ☐ Urgência clínica | ☐ Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

- | FORMULÁRIO DE TRANSPORTADO | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|---|
| VÍTIMA | MEIO DE LOCOMOÇÃO | | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | ITENS DE SEGURANÇA |
| ☐ Pedestre | ☐ A pé | ☐ Ônibus | ☒ Automóvel | ☐ Capacete |
| ☒ Condutor | ☐ Automóvel | ☐ Micro-ônibus | ☐ Motocicleta | ☐ Animal |
| ☐ Passageiro | ☒ Motocicleta | ☐ Outro | ☐ Ônibus | ☐ Outro |
| ☐ Ignorado | ☐ Bicicleta | | ☐ Micro-ônibus | ☐ Assento para criança |

AVALIAÇÃO INICIAL

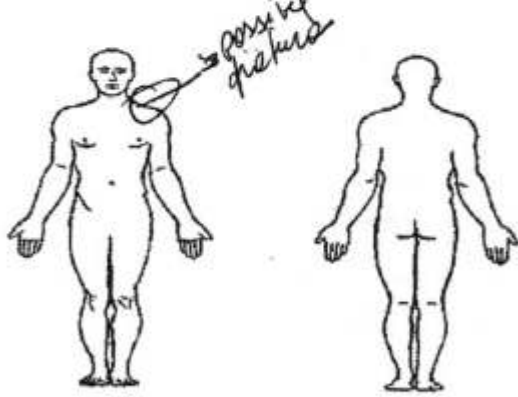
- | VIAS AERÉAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AVAL. NEUROLÓGICA |
|---|---|---|---|
| ☒ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Obstrução Total
☐ Corpo estranho
☐ Outro: _____ | ☐ Apnéia
☐ Dispnéia
☐ Bradpnéia
☐ Taquipnéia | ☐ Bradicárdico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Pulso radial ausente
☐ Pulso central ausente
☐ Cianose central
☐ Extremidade | ☐ Miose
☐ Midríase
☐ Anisocoria
☐ Aparentemente Alcoolidado
☐ Agitação psicomotora |

SINAIS VITAIS E ESCORES

- | Hora | P.A mm/hg | F.C Bpm | F.R Mpm | Sat O ₂ % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | Glasgow |
|--------|-----------|---------|---------|----------------------|--------------|----------|-------------------|---------|
| Início | 15:45 | 130x80 | 102 | 25 | 100 | — | — | — |
| Fim | 16:00 | 130x80 | 102 | 25 | 100 | — | — | — |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

- LESÃO IDENTIFICADA**
- Dor
 - Hematoma
 - Contusão
 - Escoriação
 - Laceração
 - Luxação
 - Fratura fechada
 - Fratura exposta
 - Amputação
 - 0 - Evisceração
 - 1 - Afundamento de crânio
 - 2 - Ferimento penetrante
 - 3 - Tórax instável
 - 4 - Enfisema subcutâneo
 - 5 - Ferida aspirativa
 - 6 - Empalamento
 - 7 - 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 | |
| 5 - Obedece a comandos | |
| 5 - Localiza a dor | |
| 4 - Movimento de retirada | |
| 3 - Flexão anormal | |
| 2 - Extensão anormal | |
| 1 - Sem resposta | |

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- | | |
|-----------------------|--------------|
|] Ritmo Sinusal | [FV |
|] Taquicardia Sinusal | [TV |
|] Flutter Atrial | [AESP |
|] Fibrilação atrial | [Assistolia |

AFECÇÃO CLÍNICA

- ☐ Neurológica ☐ Metabólica
☐ Respiratória ☐ Infecçiosa
☐ Cardiovascular *X* Trauma
☐ Digestiva *Urticária*

HISTÓRIA PEGRESSA	
-------------------	--

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ Diabetes | ☐ Alergia |
| ☐ Cardiopatia | ☐ Outros |
| ☐ HAS | |
| ☐ Medicação de uso | |

**GRAVIDADE
COMPROVADA**

- ☐
- Ileso
- ☐
- Pequena
- ☐
- Média
- ☐
- Severa
- ☐
- Óbito

Dr. SANTIAGO Henrique Rodrigues

2º TEN QOCON Medico
CRM-PR 1803

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

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

- ☐ Policia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

- ☒ Bombeiro
☒ Outros: Detran
VAE 003

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	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: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
			2ª dose de 20cm
			02 dose de 30cm
			01 dose de 8cm
			02 doses de 20cm

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de colisão moto x carro encontrada sentada no local da colisão verbalizando o acidente, queixa dor no M50 possível fratura de clavícula não queixa dor no pescoço nem na coluna cervical. Foi imobilizada de membro, fraturas do tórax não foram percebidas mais fraturas e esboços de V12 verificando os 55VV preservados. Informado ao médico regulado que encontrou os fraturas para mais avaliação.

SAMU 192-SV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 28/06/19
Stephanie
FUNDADA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHOSE HEMILY FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010110913-X

Nr. da Autenticação FAE484CBAC590E45

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFA 1.388/13

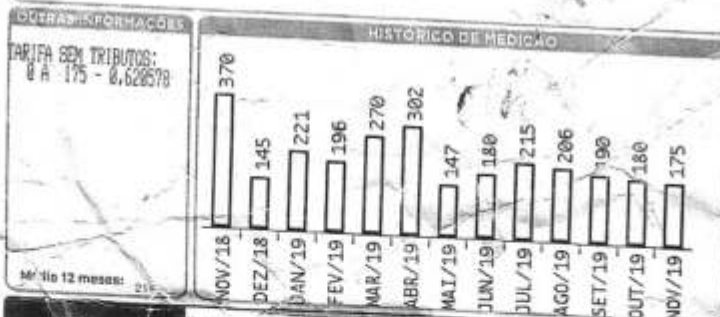
Nº da Nota Fiscal 4107614

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002 FCM*

CONTA MÊS
NOVEMBRO/2019
VENCIMENTO
11/12/2019
CONSUMO (KWH)
175
TOTAL A PAGAR (R\$)
173,87
ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA
R. PEDRO PRACA 7769 - CAMBARA
CEP: 69.313-468 - BOA VISTA
CPF: 00038264889204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 7747	Atual: 25-11-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 7592	Anterior: 26-10-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 25-12-2019	Ligação: BIPOLAR
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 23-11-2019	Número Medidor: TDB1611339
Consumo medido: 175	Apresentação: 25-11-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 175		Modelagem:

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
175	175 A R\$ 0,767926 =	134,38
	CORREÇÃO MONETÁRIA 09/19-00	0,01
	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	1,65
	JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00	0,37
	MULTA POR ATRASO 09/19-00	0,32
	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	4,11
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	27,33



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 332,79

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%, TARIFA DE ENERGIA: REALISTE MÊDIO - 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 080072019120 E FAÇA ORÇAO VENCIMENTO 16.11.16.21-20

RESERVADO AO FISCO D666.0E38.7B5C.83FB.F58F.D60E.BBD9.8437

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				
Energia:	12,67	Encargos:	4,11	Base de Cálculo: 134,38		
Transmissão:	0,00	Tributos:	25,79			
				ALÍQUOTA	VALOR	
				ICMS:	17,00%	22,84
				PIS:	0,37%	0,50
				COFINS:	1,50%	2,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	PICO			PICO			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	FLORESTA							
				Período de apuração: 09/2019			EURO: 62,33	

RÔT: 5.001.12.06.033900

