

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**

6ª Vara Cível - Execução Cível

**Processo 0809116-53.2020.8.23.0010**

**Comarca:** BOA VISTA  
**Data de** 23/03/2020 **Situação:** Público  
**Classe** 156 - Cumprimento de sentença  
**Assunto Principal:** 9597 - Seguro  
**Data Distribuição:** 23/03/2020 **Tipo Distribuição:** Redistribuição Automática

**Parte(s) do**

**Tipo:** Promovente  
**Nome:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
**Data de** 15/09/1998 **RG:** 3648818 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 001.983.252-40  
**Filiação:** MARIA DA CONCEICAO FAUSTINO DA SILVA /

**Advogado(s) da Parte**

62590NPR Thiago Amorim Dos Santos

**Tipo:** Promovido  
**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A  
**Data de** Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

**Advogado(s) da Parte**

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 23/03/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Dec. de Hipossuficiência
- Doc. Pessoal
- Comp. de Residência
- CTPS
- Prontuário Médico
- Raio-X
- Resumo de Alta
- ROP
- Boletim de Ocorrência
- Print Site Seguradora



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_ª VARA  
CÍVEL DE COMPETÊNCIA RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

brasileiro, solteiro, cobrador, portador do RG nº 3648818 SESP/RR, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 001.983.252-40, residente na Rua Calebe, nº 89, Bairro Nova Canaã, Boa Vista/RR, CEP 69.314.402, possuindo o contato de telefone (95) 9927-5744, não possuindo E-mail, por seu Advogado que esta subscreve (procuração anexa), vem perante Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA**

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001/04, localizada na Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

**1. PRELIMINARMENTE**

**1.1. DO REGIME DE PLANTÃO DO TJRR**

Ante ao quadro de reforço de combate ao Coronavírus (COVID-19), o TJRR publicou a Portaria 004/20 do qual regulamenta uma série de medidas de combate e prevenção ao vírus no âmbito do Judiciário.





A suspensão do atendimento ao público, e permanência de apenas dois servidores atuando presencialmente em cada unidade judiciária foram algumas das principais medidas reguladas pela Portaria.

Com isto, também houve a suspensão da tramitação e dos prazos dos processos físicos, judiciais e administrativos pelo período de 30 dias, bem como a não distribuição de casos novos.

Verifica-se que a referida portaria não impediu o acesso e protocolo de novas ações no âmbito do PROJUDI-RR, e conseqüentemente seja mantida a eficiência do sistema eletrônico do TJRR ao disponibilizar o trabalho remoto, modo Home Office, aos seus servidores e jurisdicionados.

Desta forma, **requer** que seja considerado o cadastro de novas ações no regime de plantão judicial para a posterior e adequada distribuição ao juízo competente, em decorrência da eficiência do sistema eletrônico do TJRR ao disponibilizar o trabalho remoto, modo Home Office, aos seus servidores, jurisdicionados e aos seus patronos/causídicos, em virtude da Portaria 004/20 do qual regulamenta uma série de medidas de combate e prevenção ao COVID-19.

## 1.2. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

O Requerente não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar as despesas processuais, inclusive o recolhimento das custas iniciais, sendo que o Autor junta sua CTPS para comprovar seu vínculo empregatício, e assim demonstrar limitação do seu auferimento de renda atualmente. (**Doc. Anexo**)





Destarte, o Requerente formula pleito de gratuidade da justiça, por meio de declaração individual, sob a égide do **art. 98 c/c art. 99, § 3º do CPC/15**, do qual estabelece a abrangência concedida por este instrumento legal de amparo ao jurisdicionado.

Portanto, **requer** a concessão do benefício da Justiça Gratuita em favor do Requerente, vez que as custas judiciais comprometerão seu sustento e da sua família, conforme Declaração de Hipossuficiência e CTPS para comprovar seu vínculo empregatício e limitação de renda atualmente, tal como previsto no art. 98 c/c art. 99, § 3º do CPC/15.

### **1.3.DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO E CONCILIAÇÃO**

Buscando efetiva aplicabilidade dos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas (Arts. 4º e 8º, do CPC/15), tendo por base a realidade das ações correlatas de seguro DPVAT, percebe-se que não há uma predisposição da parte Requerida em apresentar proposta de acordo em audiência de conciliação, conforme estabelecido no art. 334 do CPC/15.

Desta forma, pugna-se a Vossa Excelência que postergue a conciliação para eventual manifestação das partes, até porque a transação pode ser apresentada a qualquer momento pelos litigantes, não havendo, portanto, qualquer prejuízo, se tornando mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal.

Pelo exposto, e decorrente da postura que tem apresentado a Requerida, **o Requerente não tem interesse na composição consensual**, visto que será apenas um objeto protelatório em favor da Requerida. No entanto, nada impede que a Ré apresente proposta formal, nos





autos do presente processo e seja concedido prazo para resposta da parte promovente.

Desta forma, **requer** que seja citada a parte Requerida para apresentar contestação no prazo legal, **e querendo esta**, que apresente proposta de acordo para análise e manifestação da parte Requerente, tendo em vista que a audiência de composição consensual/transação nestes casos não se concretizam, o que na prática apenas prolonga o tempo de duração do processo em favor da Seguradora Requerida.

## 2. DOS FATOS

Conforme o **Boletim de Ocorrência nº 368/2018/DAT**, o Autor foi vítima de acidente de trânsito no dia **20/04/2018**, no Município de Boa Vista/RR, e por decorrência disso, o Requerente sofreu **Fratura do Membro Inferior Esquerdo**, conforme a **Ficha de Atendimento nº 1800939396 do Hospital Geral de Roraima (HGRR)**. (**Docs. Anexo**).

O referido acidente resultou em sequela funcional com invalidez permanente do Requerente, **em decorrência de Fratura de Tornozelo Esquerdo c/c com fratura de 3º 4º e 5º metatarso**, como pode ser comprovado por meio do **Prontuário Médico e Raio-X**. (**Docs. Anexo**)

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) nesta cidade, cujo valor deveria ser efetivamente pago conforme determina a Lei.

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia





ocorrida e estando ainda fragilizado, **não realizou o pagamento de nenhum valor do qual o Requerente tem direito, sob a justificativa de que supostamente ainda estaria em tratamento. (Doc. Anexo)**

São os fatos de forma sucinta

### 3. DO DIREITO

#### 3.1. Do Valor Devido

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, reiterando o valor fixado para indenização em caso de morte, *verbis*:

***"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;"***

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexu de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus à parte autora do recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

**Art. 5º.** O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

A Legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidentes de trânsito, ou seja, **R\$**





**13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**, que demonstra flagrante equívoco “voluntário ou não”, quanto à negativa realizada pela Requerida.

Sendo assim, vislumbra-se o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, e **requer** que seja a Requerida condenada a pagar em favor do Autor o valor devido em decorrência do acidente, conforme estabelece a normativa, que corresponde à quantia de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**.

### **3.2. Da Correção Monetária e Juros Moratórios**

Em sede de condenação, o referido valor deverá ser corrigido devendo ser levado em consideração, a data do evento danoso para a incidência da correção monetária, conforme estabelecido na Súmula 580 do STJ, entendimento este adotado pelo Eg. TJRR, tendo por base o presente julgado:

“Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso” (AgRg no AREsp 46.024/PR, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 16/02/2012, DJe 12/03/2012)”

Ainda sobre o tema, vale ressaltar que o termo inicial para a incidência de juros moratórios, para efeitos de atualização do valor, deve ser utilizado o estabelecido na Súmula 426 do STJ, do qual versa que “os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação”.

Desta forma, **requer** que em sede de condenação a incidência de correção monetária (pelo IPCA-E) tenha por base o estabelecido na Súmula 580 do STJ (data do evento danoso), e correlato ao mesmo, que os juros moratórios (1% ao mês) incidam a contar da data da efetiva citação (Súmula 426 do STJ).





### 3.3. Da Dignidade da Pessoa Humana

O respeito à Dignidade da pessoa humana constitui princípio fundamental. Partindo dessa premissa, no centro do direito encontra-se o ser humano.

Constitui o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana um valor universal, sendo que esta Dignidade não é algo que alguém precise postular ou reivindicar, porque decorre da própria condição humana. O que se pode exigir não é a dignidade em si – pois cada um já a traz consigo -, mas respeito e proteção a ela.

Impõe-se, admitir, porém, que o princípio da dignidade da pessoa humana no texto constitucional é importante para a sua efetiva proteção e o seu amplo desenvolvimento pelos órgãos públicos em geral e, em especial, pelos órgãos de aplicação do direito.

A dignidade pressupõe, portanto, a igualdade entre os seres humanos. Este é um de seus pilares. É da ética que se extrai o princípio de que os homens devem ter os seus interesses igualmente considerados, independentemente de raça, gênero, **CAPACIDADE** ou outras características individuais.

Desta forma Excelência, busca o Autor pleitear o Direito que lhe é inerente, amparado no Art. 1º, III, da CF/88.

## 4. DOS PEDIDOS

Ante ao exposto, requer a Vossa Excelência:

a) que seja considerado o cadastro de novas ações no regime de plantão judicial para a posterior e adequada distribuição ao juízo competente, em decorrência da eficiência do sistema eletrônico do TJRR





ao disponibilizar o trabalho remoto, modo Home Office, aos seus servidores, jurisdicionados e aos seus patronos/causídicos, em virtude da Portaria 004/20 do qual regulamenta uma série de medidas de combate e prevenção ao COVID-19;

b) A citação da Requerida, em festejo à celeridade, pelo Tel. (21) 3861-4600, Fax (21) 2240-9073, ou ainda, no Endereço: Rua Senador Dantas, N° 74 – 5° Andar, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP. 20031-205, para que, querendo, responda aos termos desta ação, no prazo legal, sob as penalidades legais;

c) a concessão do benefício da Justiça Gratuita em favor do Requerente, vez que as custas judiciais comprometerão seu sustento e da sua família, conforme Declaração de Hipossuficiência e CTPS para comprovar seu vínculo empregatício e demonstrar limitação de renda atualmente, tal como previsto no art. 98 c/c art. 99, § 3° do CPC/15;

d) que seja citada a parte Requerida para apresentar contestação no prazo legal, **e querendo esta**, que apresente proposta de acordo para análise e manifestação da parte Requerente, tendo em vista que a audiência de composição consensual/transação nestes casos não se concretizam, o que na prática apenas prolonga o tempo de duração do processo em favor da Seguradora Requerida;

e) que seja a Requerida condenada a pagar em favor do Autor o valor devido em decorrência do acidente, conforme estabelece a normativa, que corresponde à quantia de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**;

f) que em sede de condenação a incidência de correção monetária (pelo IPCA-E) tenha por base o estabelecido na Súmula 580 do STJ (data do evento danoso), e correlato ao mesmo, que os juros moratórios (1% ao mês) incidam a contar da data da efetiva citação (Súmula 426 do STJ);





g) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais, conforme o percentual estabelecido no art. 85, § 2º do CPC/15;

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**.

Termos em que,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 23 de março de 2020.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR 515 – A**  
**OAB/RR 62.590**



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**CONTRATANTE:** Gustavo Bruno da Silva Bezerra  
**ESTADO CIVIL:** Solteiro  
**RG nº:** 3648818  
**CPF/MF nº:** 001.983.252-40  
**TELEFONE:** (95) 99127-5744 **E-MAIL:** Gustavobrunos@outlook.com  
**ENDEREÇO:** Rua: Calibe Nº 89  
Cambare

**OUTORGADOS:** Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

**PODERES:** para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação de cobrança de SEGURO DPVAT em desfavor da SEGURADORA LIDER DPVAT, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 20 / fevereiro de 2020.

Gustavo Bruno da Silva Bezerra



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

AUTORGANTE: Gustavo Bruno da Silva Bezerra  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO Cobrador  
RG nº. 364.8818  
CPF/MF nº. 001.983.252-40  
ENDEREÇO: Rua: Labele Nº 89  
Combará

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

Boa Vista/RR, 20 / fevereiro de 2020

Gustavo Bruno da Silva Bezerra



## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### LETRADA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nº: 3760218

0050

RR

*Gustavo Bruno da Silva Bezerra*




**TRABALHADOR**

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 23.035 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 de 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.

COMETIDA À CARGA COM RECURSOS DO  
 INF. FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR  
 VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

FILIAÇÃO.....: MARIA DA CONCEICA FAUSTINO DA SILVA  
 NILSON COSTA BEZERRA

NASCIMENTO.....: 15/09/1998

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 3648818 - 28/04/2016 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 001.983.252-40

TIT. ELEITOR:

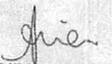
CNH.....:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 07/02/2017



**ADELAIO PEREIRA MOTA BEZERRA**  
 Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR  
 ASSINATURA DO EMISSOR

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

|           |                            |           |
|-----------|----------------------------|-----------|
| FILIAÇÃO  | DATA DE NASC. DE DOCUMENTO | PARA      |
| DOCUMENTO | DOCUMENTO                  | DOCUMENTO |

**LEGENDA**  
1 - DOCUMENTO CANCELADO 2 - ATUALIZAÇÃO DE NOME 3 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO 4 - ATUALIZAÇÃO DE FILIAÇÃO 5 - ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO 6 - ATUALIZAÇÃO DE FOTOGRAFIA 7 - ATUALIZAÇÃO DE ASSINATURA 8 - ATUALIZAÇÃO DE LOCAL DE EMISSÃO 9 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE EMISSÃO 10 - ATUALIZAÇÃO DE TIPO DE DOCUMENTO 11 - ATUALIZAÇÃO DE NÚMERO DE DOCUMENTO 12 - ATUALIZAÇÃO DE SÉRIE DE DOCUMENTO 13 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE VALIDADE 14 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE EXPIRAÇÃO 15 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE CANCELAMENTO 16 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE REATIVACÃO 17 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE REATIVACÃO DE DOCUMENTO 18 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE REATIVACÃO DE DOCUMENTO 19 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE REATIVACÃO DE DOCUMENTO 20 - ATUALIZAÇÃO DE DATA DE REATIVACÃO DE DOCUMENTO

03

13/02/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 01/2020 referente a UC: 664162



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4438898

**NILSON COSTA BEZERRA**

R. CALEBE, 89 ,

NOVA CANAA

69314402 BOA VISTA

RR

|                               |                                |  |
|-------------------------------|--------------------------------|--|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>664162</b> | MÊS<br><b>01/2020</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>18-DEC-19 a 20-JAN-20</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>672</b>   | VENCIMENTO<br><b>16-FEB-20</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 744,71</b>                 |

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                               |                       |                                    |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>664162</b> | MÊS<br><b>01/2020</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 744,71</b> |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836300000079.447100750002.000000000661.416201200050



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ5PQ.FZD2N.UR3X4.RC4L3

### 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

### MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

#### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PERMANENTE 162.70321.08-6

3760218 0050 RR

Gustavo Bruno da Silva Bezerra



### QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

FILIAÇÃO: MARIA DA CONCEIÇÃO FAUSTINO DA SILVA  
 NILSON COSTA BEZERRA  
 NASCIMENTO: 15/09/1988  
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR  
 DOCUMENTO: R.S. - 3648818 - 29/04/2016 - \$ESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 001.983.252-40

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SR'E/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 07/02/2017

ZONA:

CNH: SEÇÃO:

*gbe*

ADELAI ZEBEIRA MOTA BEZERRA  
 Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR  
 ASSINATURA E EMBOLO

### ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASC. DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E EMBOLO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E EMBOLO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E EMBOLO DO SERVIDOR

NOME \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA E EMBOLO DO SERVIDOR

**LEGENDA**  
 A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE AUTONOMIA | G - DATA DE NASCIMENTO  
 B - SER JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



### DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

|  |   |   |
|--|---|---|
| GRUPO SANGÜÍNEO<br>FATOR RH  | DIABETE<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO | HEMOFILIA<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |
| ALERGIAS<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO   |   |   |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993)<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |   |   |

### CARTEIRAS ANTERIORES

| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
|--------|-------|----|-----------------|
|        |       |    |                 |
|        |       |    |                 |
|        |       |    |                 |
|        |       |    |                 |
|        |       |    |                 |

08

### CONTRATO DE TRABALHO

**CNPJ: 05.176.920/000**

EMPREGADOR: **M. D. C. S. BEZERRA-ME**  
RUA: **Rua: Calebe Nº 89-B Nova Canaã**  
CEP: **69314 - 402**  
MUNICÍPIO: **Boa Vista** **Roraima**  
ESP. DO EST. (CÍVIL) **Roraima**  
CARGO: **COBRADOR - EXTERNO**  
CBO Nº **421305**

DATA DE ADMISSÃO: **05** DE **FEVEREIRO** DE **2018**  
REGISTRO Nº:  FLS. FICHA:   
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: **MOVICENTOS E OITEN**  
**VIA E. S. S. S. - 129 986100**  
**Maria da Conceição Silva Bezerra**  
**598 680.742-19**

DATA DE SAÍDA:  DE  DE

COM. DISPENSA CD Nº:   
POTS Nº DA CONTA:

07

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYPS 49KL4 8JH2H FGL23



20/04/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

**BLOCO D**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

NTE  
 Edilson M. Balduino  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 859.996-TE

1800939396 20/04/2018 19:47:20 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA  
 Data Nascimento: 15/09/1998 Idade: 19 A 7 M 5 D  
 Tipo Doc: Ignorado Documento: NAO Orgão Emissor Data Emissão: M Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA  
 Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA Pai: NI Contato: (95) 99114-1759  
 Endereço: RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR Ocupação: 1652095

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Pressão:  
 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: LEILSON.SOUSA

Queixa Principal: *Acidente MOTO*  
 Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_:\_\_\_h) *Tranquila em NTE e MSE*

Exame Físico: *BEG LATE ASS ACUAD 19/10*

Hipótese Diagnóstica: *Pálida*

SADT - Exames Complementares:  RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

| PRESCRIÇÃO                  | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|-----------------------------|-------------|------------|
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV         |             |            |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV        |             |            |
| <i>3 Ceftriaxona 1gr EV</i> |             |            |
| <i>4 FOS sul 2 M</i>        |             |            |
| <i>5 Fantanil 20 Uq EV</i>  |             |            |

DR. Julio Heredito  
 MEDICO/CRM-RR 13275  
 20 ABR. 2018

EDILSON GONÇALVES DE OLIVEIRA  
 TÉCNICO EM ENFERMAGEM  
 COREN-RR 859.996-TE

Conduta:  Alta por Decisão Médica  Ambulatório  Alta a Pedido  Observação (Até 24h)  Alta a Revelia  Internação  Transferência para: \_\_\_\_\_  
 Data e Hora da Saída/Alta: *15 ABR. 2018*

óbito: Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
 (Até 24h)  
**AUTENTICAÇÃO**  
 15 ABR. 2018

Impresso por: leilson.sousa  
 Data Hora: 20/04/2018 19:48:23

DOCUMENTO ORIGINAL



© 2018  
 RORAIMA - Saúde em Tecnologia  
 Rua: Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 CEP: 69202-910 RJ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA

Ministério da Saúde  
Sistema Único de Saúde

UNIDADE DE SAÚDE  
HC2

UNIDADE DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SUBSIDIÁRIA  
HC12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 165295  
5 - SEXO: M  
7 - NOME DO PACIENTE: BRUNO SILVA BEZERRA  
8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998  
9 - SEXO: M  
10 - Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 104181019101718131717141415  
11 - TELEFONE DE CONTATO: 95 9911 9171519  
12 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria da Conceição Silva Bezerra  
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP): R. Calisto, 89, Cambará  
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista  
15 - UF: RJ  
16 - COLÍGIO MUNICIPAL: [ ]  
17 - Nº DO CEP: [ ]

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  
Prontuário de HC2 - Exp. TVE

HOSPITAL GERAL DE NOVAJMA  
AV. BORGES GUERREIRO, S/N  
NOVO PLANALTO TO (95) 2121-0520  
AUTENTICAÇÃO  
18 MAR 2018  
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  
Anamnese + Ex. Físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:  
F + L + Exp. TVE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:  
TVE Unimarc F + L + Exp. TVE

22 - CLÍNICA: DADA  
23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGENTE  
24 - DOCUMENTO: [ ]  
25 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [ ]  
26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: DR. JERONIMO  
27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21 DE 11/18  
28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [ ]  
29 - FRENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS): [ ]  
30 - Nº DO BILHETE: [ ]  
31 - SÉRIE: [ ]  
32 - Nº DO BILHETE: [ ]  
33 - SÉRIE: [ ]  
34 - Nº DO BILHETE: [ ]  
35 - SÉRIE: [ ]  
36 - Nº DO BILHETE: [ ]  
37 - SÉRIE: [ ]  
38 - SÉRIE: [ ]  
39 - SÉRIE: [ ]  
40 - SÉRIE: [ ]  
41 - SÉRIE: [ ]  
42 - SÉRIE: [ ]  
43 - SÉRIE: [ ]  
44 - SÉRIE: [ ]  
45 - SÉRIE: [ ]  
46 - SÉRIE: [ ]  
47 - SÉRIE: [ ]  
48 - SÉRIE: [ ]  
49 - SÉRIE: [ ]  
50 - SÉRIE: [ ]  
51 - SÉRIE: [ ]  
52 - SÉRIE: [ ]  
53 - SÉRIE: [ ]  
54 - SÉRIE: [ ]  
55 - SÉRIE: [ ]  
56 - SÉRIE: [ ]  
57 - SÉRIE: [ ]  
58 - SÉRIE: [ ]  
59 - SÉRIE: [ ]  
60 - SÉRIE: [ ]  
61 - SÉRIE: [ ]  
62 - SÉRIE: [ ]  
63 - SÉRIE: [ ]  
64 - SÉRIE: [ ]  
65 - SÉRIE: [ ]  
66 - SÉRIE: [ ]  
67 - SÉRIE: [ ]  
68 - SÉRIE: [ ]  
69 - SÉRIE: [ ]  
70 - SÉRIE: [ ]  
71 - SÉRIE: [ ]  
72 - SÉRIE: [ ]  
73 - SÉRIE: [ ]  
74 - SÉRIE: [ ]  
75 - SÉRIE: [ ]  
76 - SÉRIE: [ ]  
77 - SÉRIE: [ ]  
78 - SÉRIE: [ ]  
79 - SÉRIE: [ ]  
80 - SÉRIE: [ ]  
81 - SÉRIE: [ ]  
82 - SÉRIE: [ ]  
83 - SÉRIE: [ ]  
84 - SÉRIE: [ ]  
85 - SÉRIE: [ ]  
86 - SÉRIE: [ ]  
87 - SÉRIE: [ ]  
88 - SÉRIE: [ ]  
89 - SÉRIE: [ ]  
90 - SÉRIE: [ ]  
91 - SÉRIE: [ ]  
92 - SÉRIE: [ ]  
93 - SÉRIE: [ ]  
94 - SÉRIE: [ ]  
95 - SÉRIE: [ ]  
96 - SÉRIE: [ ]  
97 - SÉRIE: [ ]  
98 - SÉRIE: [ ]  
99 - SÉRIE: [ ]  
100 - SÉRIE: [ ]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Estudo Cirúrgico

Data: 21 de 18. O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

f + Lt Esp. T2/2

INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO:

Tro cirurgico

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

Tro cirurgico f2 Esp. T2/2

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

QUIRURGIÃO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

DURAÇÃO:

Dr. Pedro D. Guimarães  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 1615

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DMG SOB Plano Anterior  
2) Antiseptia + Assépsia + Lavagem  
3) Incisão transversal 10L. 50, 97.  
4) Fixação externa Transarticular. 1001 Ponto  
5) Motivação para  
6) Cirurgia  
7) Ao PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Marcos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19718

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
13 JUL - 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 "Amazônia Potimântica dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

*Guilherme Bruno S. Wan Bezerra, 19a*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*23.04.2018*

*00.20 01.20 02.20*

|                   |                    |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------------------|--------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| N 20              | 15                 | 30                      | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|                   | 02                 | [Handwritten grid data] |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| LIQUIDOS VENCISOS | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| DA X              | 36                 | 34                      | 32 | 30 | 28 | 26 | 24 | 22 | 20 | 18 | 16 | 14 | 12 | 10 | 8  |
| ULSO O            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ANES X            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| CP O              | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ASPIR. A          | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RESP O            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Exponl            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Assist            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Centro            | [Handwritten data] |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|                    |   |                               |   |
|--------------------|---|-------------------------------|---|
| AGENTES            | DOSES   | TÉCNICA                       | ANOTAÇÕES   |
| A                  | <i>Propofol 100 mg</i>                        | <i>Indução com máscara</i>    | * PCA<br>* PNE<br>A OXIGENIO 300<br>A CATETER 22 NASAL<br>B JENHISE 1150<br><br>[Handwritten signature] |
| B                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| C                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| D                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| E                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| F                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| G                  |   | <i>Manutenção com máscara</i> |   |
| GLICOSE            | LIQUIDOS                                      | Cânula - Naso / Orofaríngeo   |   |
| HDCC               |   | Naso / Orofaríngeo - Cego     |   |
| SANGUE             |   | Bal - Tampa - Calibre do Tubo |   |
|                    |   | Sob Máscara                   |   |
|                    |   | Dificuldade Técnica           |   |
| TOTAL              | <i>1500</i>                                   | <i>2000</i>                   | <i>512 PA</i>   |
| OPERAÇÃO           | <i>Procedimento cirúrgico de Pico de Lopo</i> |                               |   |
| ANESTESIA          | CÓDIGO  | CIRURGIÃO                     | PERDA SANGUÍNEA   |
| <i>[Signature]</i> |   | <i>[Signature]</i>            |   |

Michel M. Moura  
 Médico Anestesiologista  
 CRM/RR 1106

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA

SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA  
 NOME: Justiniano Duno da Silva Bezerra



| CARGO: PRÉ-OPERATÓRIO   |                    | TRANSOPERATÓRIO                           |                  |  |                    | SRPA   |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|---|--------------------|---|------------------|--|--------------------|--|--------------------------|----------|-----|-------|---------|-----|--------|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| Entrada na Sala   | Início da Cirurgia | Início Anestesia                          | Término Cirurgia | Saída S.O.                             | Cirurgia Realizada | Anestesia  | Sinais Vitais            |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 00:20   | 00:30              | 00:22                                     | 2:35             | 12:40                                  |                    |  | T: 37,7 P: 129/70 PA: 60 |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Cirurgia Realizada: <u>Prost. Exp. R. e. Rague</u>  |                    | Anestesia: <u>Dorsal</u>                  |                  | Posição: <u>Prone</u>                  |                    | Localização:   |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Hidratação: <u>Infundida</u>  |                    | Antibiótico-Terapia: <u>Hemodinâmicos</u> |                  | CH: <u>Plasma</u>                      |                    | Balança Hídrica: <table border="1"><tr><th>Entradas</th><th>SNG</th><th>Dreno</th><th>Diurese</th><th>SNG</th><th>Outros</th></tr><tr><td>EV</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HV</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>CH</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SNG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Dreno</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Diurese</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SNG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Outros</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                          | Entradas | SNG | Dreno | Diurese | SNG | Outros | EV |  |  |  |  |  | HV |  |  |  |  |  | CH |  |  |  |  |  | SNG |  |  |  |  |  | Dreno |  |  |  |  |  | Diurese |  |  |  |  |  | SNG |  |  |  |  |  | Outros |  |  |  |  |  |
| Entradas  | SNG                | Dreno                                     | Diurese          | SNG                                    | Outros             |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| EV  |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| HV  |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| CH  |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| SNG   |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Dreno   |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Diurese   |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| SNG   |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Outros  |                    |   |                  |  |                    |  |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Sinais Vitais: T: <u>37,7</u> °C P: <u>129</u> bpm R: <u>15</u> % SAT: <u>97</u> % (Irregular) PA: <u>129/70</u> mmHg   |                    | N° de compressas oferecidas: <u>20</u>    |                  | N° de compressas recolhidas: <u>20</u> |                    | Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Rolo X ( ) Outros:   |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Legenda:<br>1. Eletrodos<br>2. Oxímetro<br>3. PVC<br>4. Placa de Bisturi<br>5. Indisflo<br>6. Cateter<br>7. Vendicise<br>8. Dreno<br>9. SNG<br>10. Faixa de Smarch<br>11. Outros: |                    | Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) Outros:     |                  | Ass: <u>MIC</u>                        |                    | Entrada: <u>Saída:</u>   |                          |          |     |       |         |     |        |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |

DOCUMENTO ORIGINAL

CERTIFICADO E DOU FE 9 e 9 Presença  
 Cópia e Reprodção Original  
 1 A JUN. 2018  
 AUTENTICADO  
 NOVO PAVÃO 74 (95) 2121-0622  
 AV. DR. EDUARDO GOMES, S/N  
 HOSPITAL GERAL DE NOVA BRASÍLIA

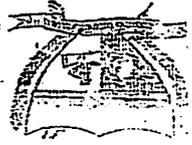
|      |                            |                                  |              |                   |      |                    |  |  |  |                  |  |
|------|----------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------|------|--------------------|--|--|--|------------------|--|
| VALC | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | CIRURGIJA-VISTO DOS RESPONSÁVEIS |              | ENFERMEIRA CHEFE  |      | CIRCULANTE DE SALA |  | ENCIONÁRIO/CALCULOS                    |  | STRUMENTADOR (A) |  |
|      |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS            | TAXA DE SALA | TAXA DE ANESTESIA | SOMA | SUB-TOTAL          |  | ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |  |                  |  |

| VALC | QUANT | VALOR | MATERIAS                    | UNIT. |
|------|-------|-------|-----------------------------|-------|
|      |       |       | PCTS COMPRESSAS C/03        | 0     |
|      |       |       | UNID.                       | 0     |
|      |       |       | PACOTES GAZE                | 0     |
|      |       |       | LUVA ESTERIL 7.0            | 1     |
|      |       |       | LUVA ESTERIL 7.5            | 1     |
|      |       |       | LUVA ESTERIL 8.0            |       |
|      |       |       | LUVA ESTERIL 8.5            |       |
|      |       |       | LUVAS P/PROCEDIMENTOS M     | 2     |
|      |       |       | LAMINA BISTURIN 1.5         | 2     |
|      |       |       | DRENO DE SUCCAO N°          |       |
|      |       |       | DRENO DE TORAX N°           |       |
|      |       |       | DRENO DE PENROSE N°         |       |
|      |       |       | SERINGA 01ML                |       |
|      |       |       | SERINGA 03ML                |       |
|      |       |       | SERINGA 05 ML               | 1     |
|      |       |       | SERINGA 10ML                | 1     |
|      |       |       | SERINGA 20ML                | 1     |
|      |       |       | OUTROS:                     |       |
|      |       |       | FITA CARDIACA               | 1     |
|      |       |       | GEFOAM                      |       |
|      |       |       | KFF-CATAPLAN                |       |
|      |       |       | GERA P/ OSSO                |       |
|      |       |       | SURGICEL                    | 1     |
|      |       |       | FIO SEBA N°                 | 1     |
|      |       |       | FIO PROLENE N°              |       |
|      |       |       | FIO CATGUT CROMADO N°       |       |
|      |       |       | FIO CATGUT SIMPLES N°       |       |
|      |       |       | FIO ALGODAO COM AGULHA N°   |       |
|      |       |       | FIO ALGODAO SEM AGULHA N°   |       |
|      |       |       | FIO MONONYLON N° 3.0/2.0    | 1     |
|      |       |       | FIO VICRYL N°               |       |
|      |       |       | FRASCOS-SORO GLICOSADO      |       |
|      |       |       | FRASCOS-SORO RINGER LACTADO |       |
|      |       |       | FRASCOS-SORO FISIOLOGICO    |       |

NOME DO PACIENTE: *Thiago Amorim dos Santos*  
 APT OU LEITO: *5.7*  
 Nº DO PRONTUÁRIO: *91*  
 DATA: *13/11*  
 TIPO: *E*  
 EQUIPE MEDICA: *E*  
 ANESTESIA: *Dr. Pedro*  
 RES. ANESTESIA: *Dr. Pedro*  
 INSTRUMENTADOR:  
 CIRCULANTE:  
 TEMPO DE DURAÇÃO: *09:25*  
 INICIO: *09:30*  
 FIM: *09:35*  
 TEMPO TOTAL: *05:00*

LISTA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIJA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde  
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE  
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
5 - NOME DO PACIENTE: *Guilherme Diniz da Silva Bezerra*  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
7 - DATA DE NASCIMENTO  
8 - SEXO  
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE  
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
13 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
14 - UF  
15 - CEE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Fratura e luxação de tornozelo (E) + Luxação de 3º, 4º e 5º metatarsos.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*Tratamento Cirúrgico*  
Dr. Anderson P. Silva  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 1733

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRINCIPAIS EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*RX*  
Dr. Marcelo Marques  
Médico Assistente  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 1733

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO  
*FX e luxação de Tornozelo (E) + FX de 3º, 4º e 5º MTT*  
21 - CID 10 PRIMÁRIO  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO  
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Autossuturar de FX de Tornozelo (E) + 3º, 4º e 5º MTT (E)*  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
*Anderson / Marcelo Marques*  
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
*27/04/18*  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  
33 - ACIDENTE DE TRABALHO  
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOE  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGUADO

AUTORIZAÇÃO  
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
*0415030013*  
*0408050578 → 5826*  
*0408050462 → 5826*  
*0408050462 → 5826*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Gustavo Bruno da Silva Bezerra

Data: 17, 04, 2018 a.s.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º, 5º MTT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Autossíntese de Fratura de Tornozelo (E) + Fratura de metatarso

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO: Dr. Eldemar

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Heleno  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 17.23

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 151818R

1º AUXILIAR: Dr. Marcelo Marques

INSTRUMENTADORA: Milena

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em RPA sob urgência.  
Ad + CCF + Realizada a redução de fratura de Tornozelo (E)  
Incisão longitudinal antrolateral em tornozelo (E) + Drenagem por plasei até o foco  
fratura;  
Redução com a Fx com auxílio do intuído de um guia + colocação de placa  
articular + parafusos de 2 parafusos autoprogramados;  
LNE + Sutura de pele;  
Incisão longitudinal sole focal dorsal de pé (E) + Parafusos de FK  
de cantoneira metacarpais de 3º, 4º e 5º metatarso;  
Sutura de pele;  
Curativo  
A RPA.

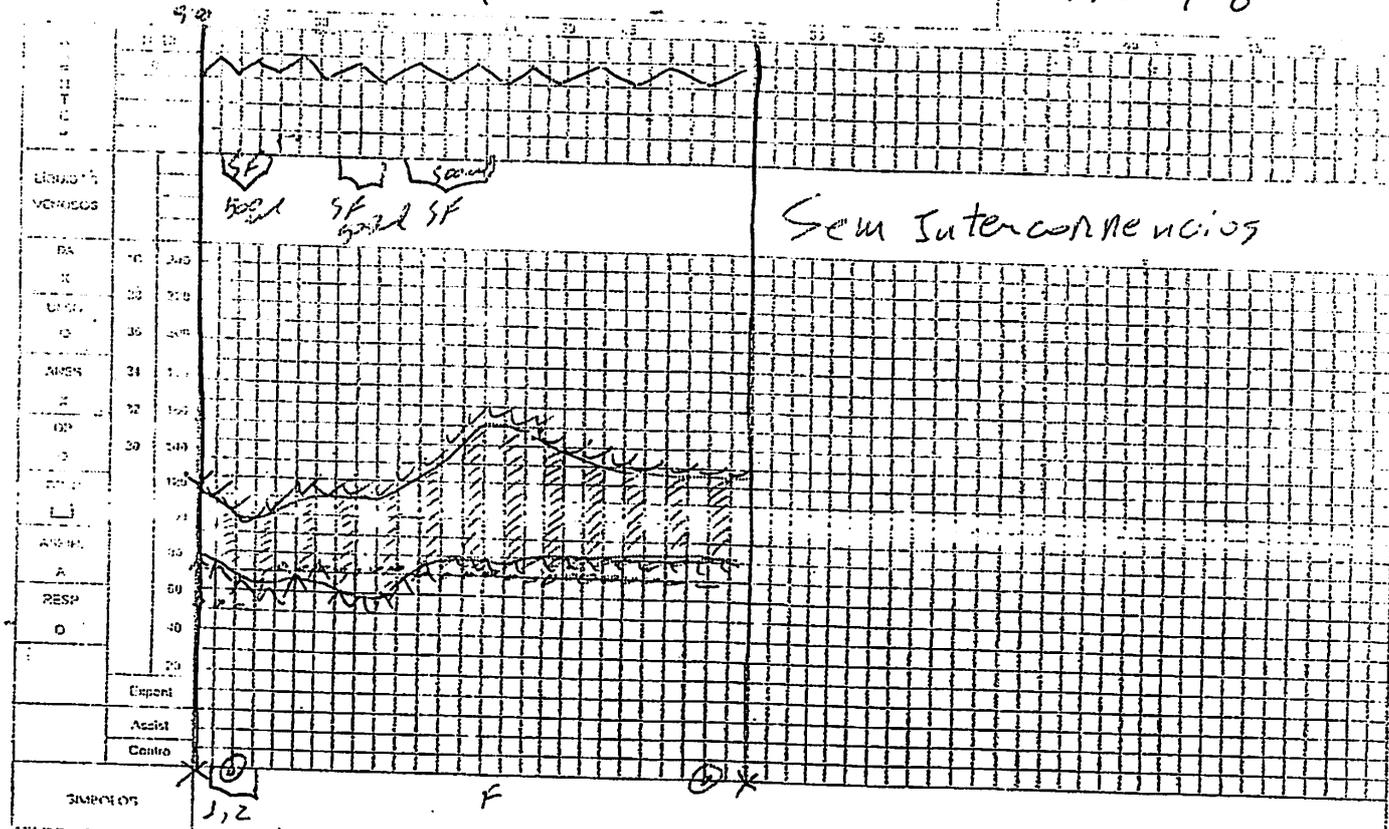
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA



*Assinatura  
 e controlador  
 ✓ Jeyu 784*

*Gustavo Bruno da Silva Bezerra  
 Fatorial 100mg (Sotolipol)*

*27/04/18*



| Medicamento  | DOSIS  | Observações  | ANOTAÇÕES   |
|--|--|--|---|
| <i>Bupivacaína<br/>                     Hiperbarica 15mg<br/>                     Eufedril</i> | <i>100mg<br/>                     + 50mg</i> | <i>Após anestesia<br/>                     liberar Suflex<br/>                     Dica: administrar<br/>                     Suflex com<br/>                     oxigeno contínuo</i> | <i>X-Monitorização do PTT de<br/>                     SOTOC; DA NI.ECG.<br/>                     ① Assupria + Antiss epua<br/>                     de Rigeia, manter em<br/>                     calceal 70%. Cuidado<br/>                     de manter estavel. Manter<br/>                     em oxigeno a 70% e<br/>                     oxigeno 24h. Suflex de<br/>                     clore, sempre com<br/>                     Suflex de Bupivacaína<br/>                     Hiper Barica 15mg</i> |
| <i>SF 071 - 1500ml</i>   |  | <i>TEMPO DE ANESTESIA<br/>                     9:00 -</i>  |   |

*OPERACAO: Osteossintese fratura e luxacao de  
 T4 e 5 Cervical 3º 4º 5º MITT: ①*

*Dr. Ademar de F. F. (R1) Dr. S. de S. Dr. Mox  
 Dr. M. de C.*

*anest. total  
 Bloqueio de Suflex 1  
 com Sotolipol  
 ② alpraxona 3g IV*

*A*



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 05/01/18 O.S. \_\_\_\_\_

*Guilherme Bueno*  
*J. Luis Bezerra*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de patela + lesão do ligamento anterior da tíbia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de patela + punção do ligamento anterior da tíbia

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ho. Cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Victor M. [Signature] 1º aUXILIAR: [Signature]

2º aUXILIAR: [Signature] INSTRUMENTADORA: [Signature]

3º aUXILIAR: [Signature] ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Thiago Amorim dos Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/1047  
Título de Especialista  
RQE: 14573

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Fot em DUH sob plano anteroposterior

2) expor + anti-rotor + colocação de campo estéril

3) Incisão em região da topografia de patela (E) longitudinal

4) localizar a fratura de patela + osteossíntese com o auxílio de Banda de torniquete

5) Incisão lateral em nível (E) + localizar a artéria peroneal

6) imediatamente de placa de antebra peroneal

7) com placa 1/3 de comprimento + parafusos de 4,0 mm

8) fechamento por planos

9) curativo com gaze + antisséptico

13 JUL 2018

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde  
**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *Demio P. da S. Bezerra* 6 - N° DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 8 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ 9 - SEXO \_\_\_\_\_  
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_  
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) \_\_\_\_\_  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 15 - UF \_\_\_\_\_ 15 - CEP \_\_\_\_\_

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS **JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Sucesso de Febre  
Relato de episódios de 10/7*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*At. Urg.*

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

*Rx + Exame físico*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Febre Relato de Episódios de 10/7* 21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

*Ostomias de Febre Relato de Episódios de 10/7* 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA \_\_\_\_\_ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 28 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_  
( ) CHS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE \_\_\_\_\_ 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *05/05/18* 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO \_\_\_\_\_ 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO \_\_\_\_\_ 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO \_\_\_\_\_

36 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_ 37 - N° DO BILHETE \_\_\_\_\_ 38 - SÉRIE \_\_\_\_\_  
39 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_ 40 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_ 41 - CBOR \_\_\_\_\_

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA \_\_\_\_\_  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 45 - DOCUMENTO \_\_\_\_\_ 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *05/05/18* 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *0408050527-586*  
*V194*

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.us.br/projudi/> - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU -  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Bezerra, 20 A  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 20/04/18  
DIAGNÓSTICO DE Fx tornozelo + inst. lab. MTI + patela (L)

NO DIA 05/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO:  
Artroscopia de TAEZ + Fx de patela

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Figueiredo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18, ÀS 17:00h  
COM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18, ÀS 14:00h, CC

DR. Dr. Pablo Jr  
Segue 60 dias de afastamento do trabalho e  
atuação do médico para

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 ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Edmundo Gomes, S/N  
Novo Planalto - RR 65212-0623  
AUTORIZAÇÃO  
MAY 2018  
Certificado em 05/05/18 presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
Sua cópia não tem validade jurídica

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Tovatto

BOA VISTA, 07/05/18

Dr. Thiago Muriz  
Médico-Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2009

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTD Q4Z3L 9MKT5 3EVFA



44.0 %

20/17:20  
2018

59.4 %

20/17:20  
2018

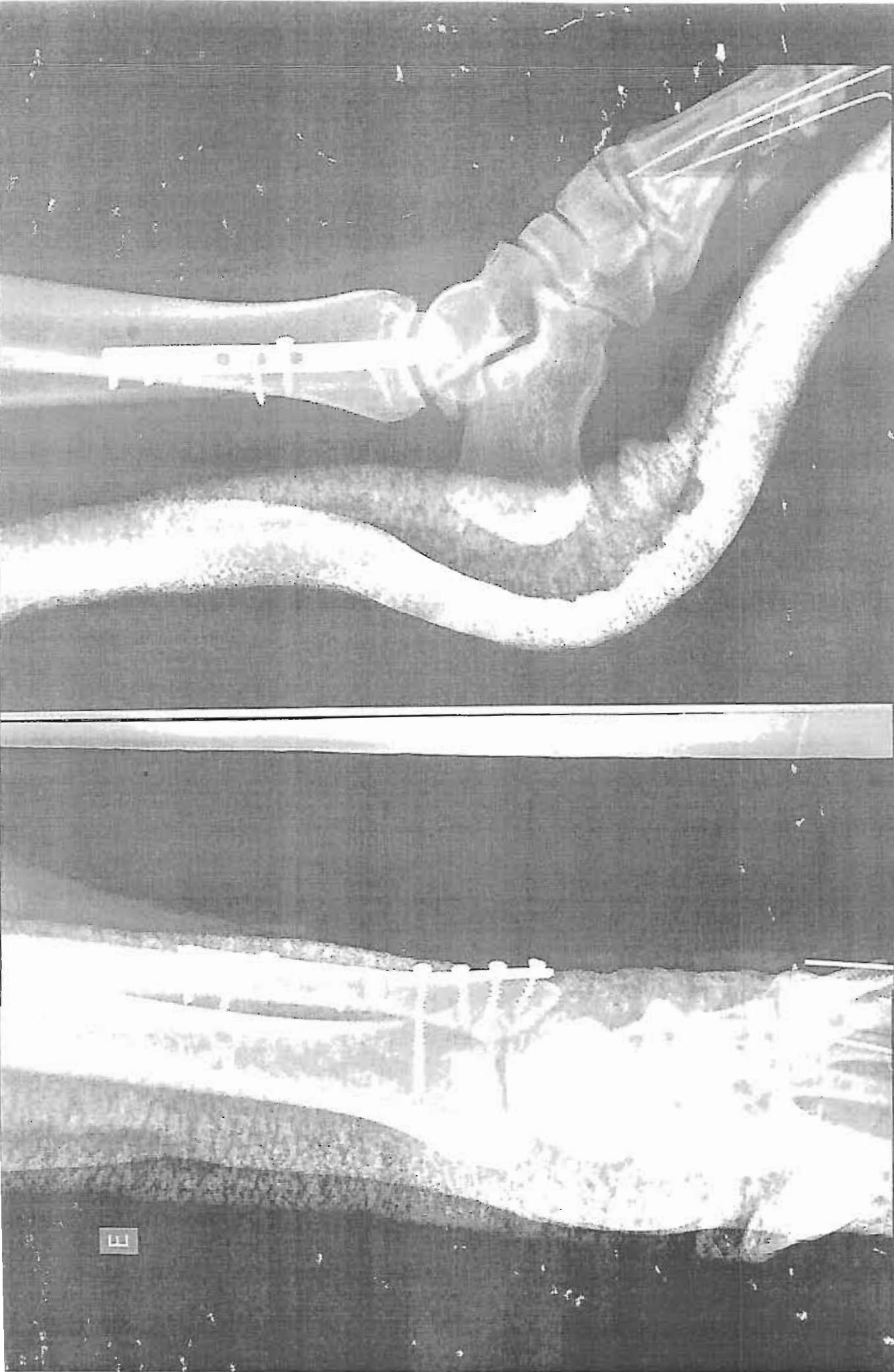
GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTM3 48BCV 7T5Q4 65S6B







7/5/2018 11:12:03

409-1BL D

65.9%

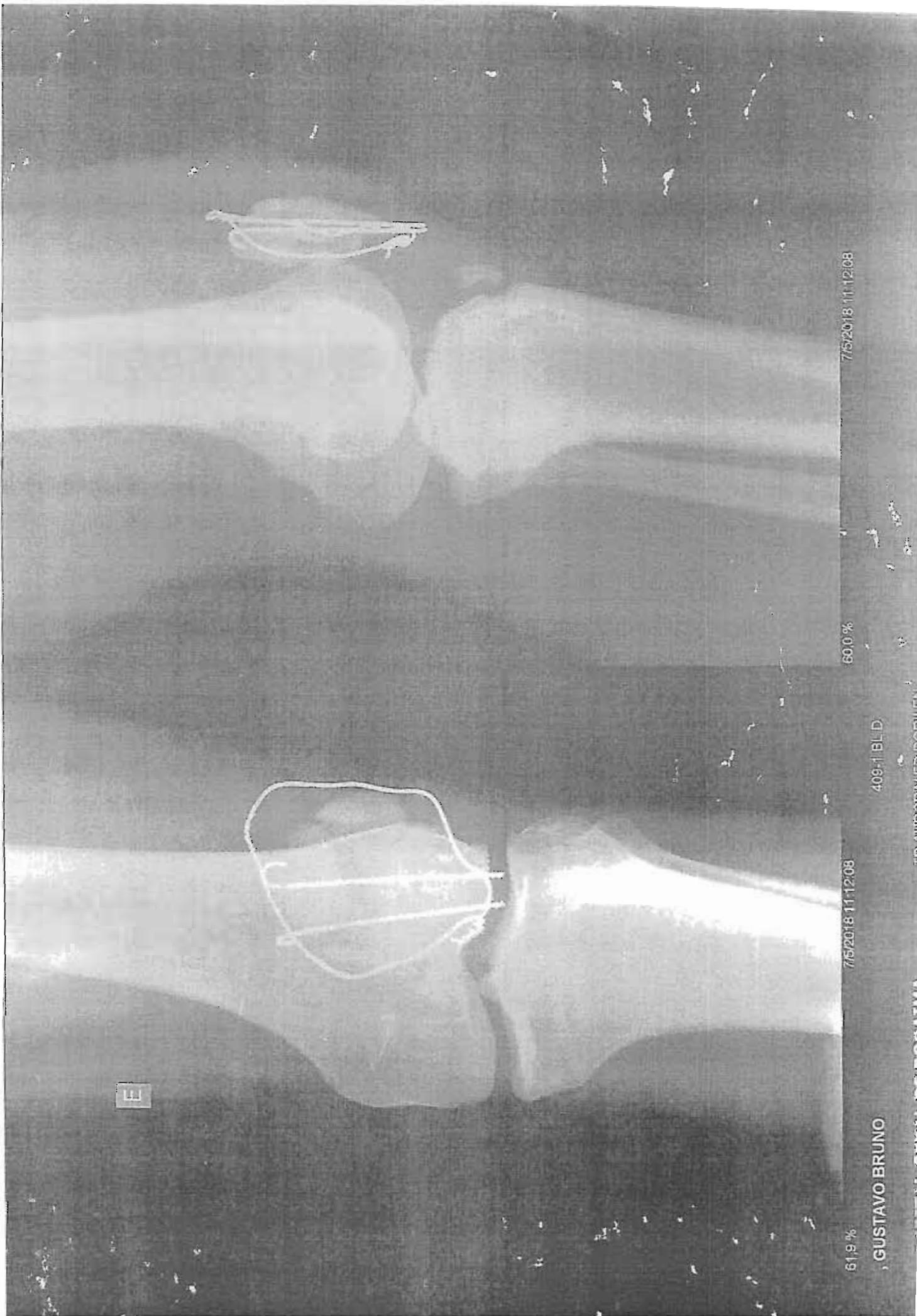
TRAUORAMED DORILEN

GUSTAVO BRUNO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

E



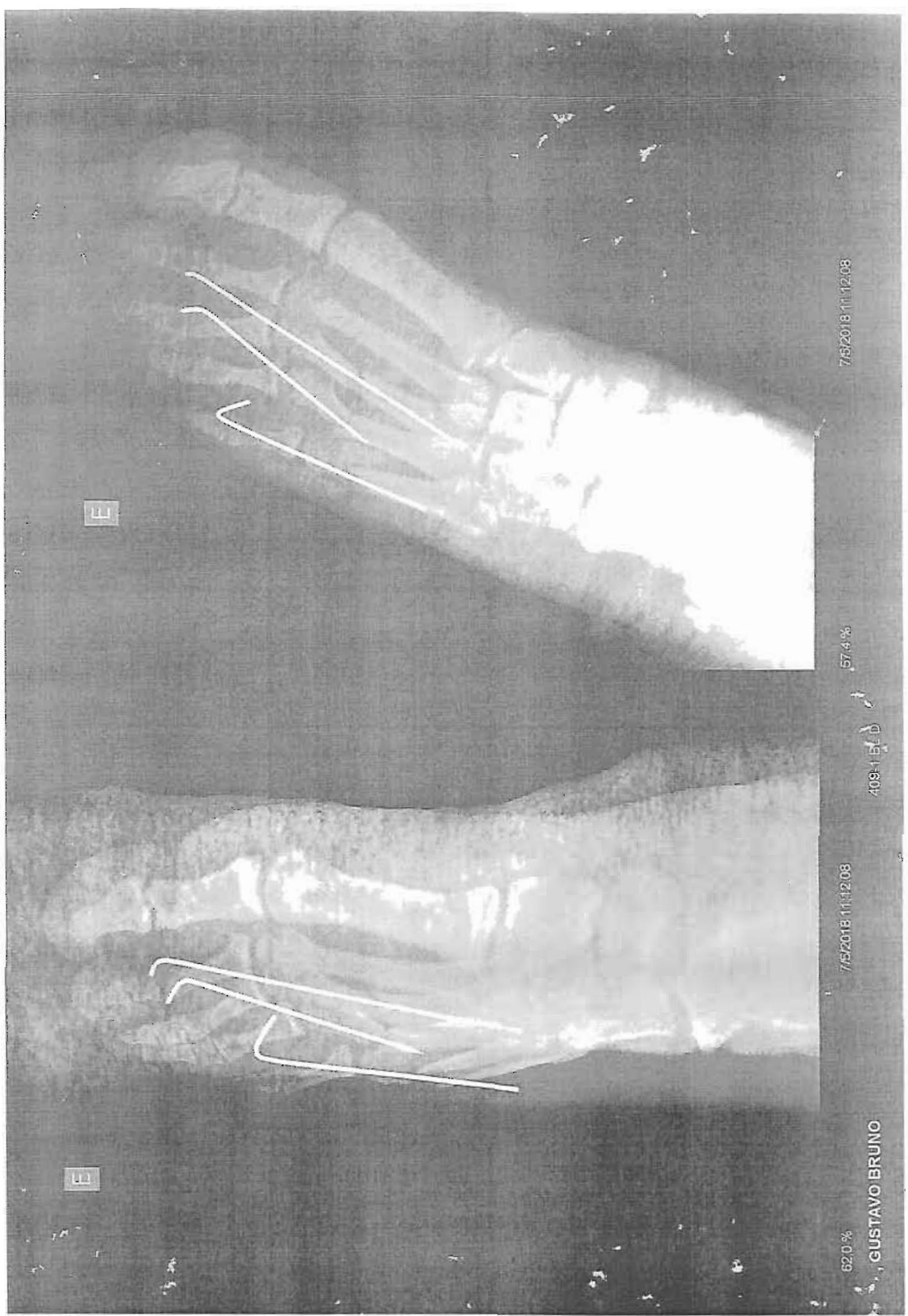


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trf.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTM3 48BCV 7T5Q4 65S6B



TRF 3ª CÍRCULO - JUIZ DE DIREITO





7/5/2018 11:12:08

57,4%

409151 D

7/5/2018 11:12:08

62,0%

GUSTAVO BRUNO





20/4/2018 20:17:20

78.2

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTM3 48BCV 7T5Q4 65S6B





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU -  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Guilherme Bruno da Silva Bezerra, 20 A  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 20/04/18  
DIAGNÓSTICO DE Fx tornozelo + inst. lab. MTI + patela (L)

NO DIA 05/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO:  
Artroscopia de TMC e Fx de patela

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Bruno Figueiredo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18, ÀS 17:00h  
COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18, ÀS 14:00h, CC

DR. Dr. Pablo Jr  
Segue 60 dias de afastamento do trabalho e  
atuação do médico para

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 ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Edmundo Gomes, S/N  
Novo Planalto - RR 65212-0623  
AUTORIZAÇÃO  
MAY 2018  
Certificado em 05/05/18  
cópia é fiel Reprodução Original  
Assinatura do Médico

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Tovatto

BOA VISTA, 07/05/18

Dr. Thiago Muriz  
Médico-Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2009

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSVDV HF6X2 XSPMX G3BTU



**PMRR – 2ºBPM**

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL  
 SERIE "J"**

**Nº 097033**

|                       |                |                            |                  |                           |                |                |                |
|-----------------------|----------------|----------------------------|------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Vtr<br>645            | SUCp<br>2º BPM | Data<br>20/04/2018         | S/Setor<br>Oeste | H/Transm<br>19:15         | H/Ini<br>19:15 | CH/H<br>19:20  | H/Fir<br>21:45 |
| Cód. Oc.<br>1001/1003 |                | Cód. Prov.<br>13023, 13999 |                  | Cód. Ser. Prest.<br>----- |                | Km/Ini.<br>N/F | Km/Fin<br>N/F  |

**LOCAL DE OCORRÊNCIA**

Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao N° 1643 Bairro: Operário Ref.: \_\_\_\_\_

**PESSOAS RELACIONADAS**

|                        |  |           |                    |
|------------------------|--|-----------|--------------------|
| <sup>1</sup> Envolvido | Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra   | Idade: 18 | E. Civil: Solteiro |
| Endereço:              | Rua Calebe, 89, Cambará                |           |                    |
| Edt. R.G               | 3648818 SSP/RR                         | CNH       | 06902310705        |
| Profissão:             | Cobrador                               |           |                    |
| <sup>2</sup> Envolvido | Nome: Rôniere Silvio de Sousa Oliveira | Idade: 27 | E. Civil: Casado   |
| Endereço:              | Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade     |           |                    |
| Edt. R.G               | Não Portava                            | CNH       | ----               |
| Profissão:             | Pintor                                 |           |                    |
| <sup>3</sup> Envolvido | Nome: Joilson                          | Idade:    | E. Civil:          |
| Endereço:              | Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos    |           |                    |
| Edt. R.G               |  | CNH       | ----               |
| Profissão:             |  |           |                    |
| <sup>4</sup> Envolvido | Nome: Charles da Silva Rodrigues       | Idade: 29 | E. Civil: Solteiro |
| Endereço:              | Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos    |           |                    |
| Edt. R.G               |  | CNH       | -                  |
| Profissão:             |  |           |                    |
| <sup>5</sup> Envolvido | Nome:                                  | Idade:    | E. Civil:          |
| Endereço:              |  |           |                    |
| Edt. R.G               |  | CNH       | -                  |
| Profissão:             |  |           |                    |

**ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO**

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não há conduzidos.

ASSINATURA: Rodrigues CARGO: Det. Pol. Um LOCAL: OP

**HISTÓRICO**

*Senhor Delegado de Polícia da CF,*

Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

**DOCUMENTO ORIGINAL**

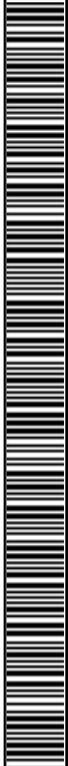
|       |          |            |        |  |
|-------|----------|------------|--------|--|
| RUDHE | 40.933-2 | CB QPCPM   | 2º BPM |  |
| Nome  | Cadastro | Posto/Grad | Suop   |  |

**13 JUL. 2018** Fl. 1

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi - Identificador: PJLY6 CFE7W K93QS T538K



EM BRANCO  
p2/p3/cpc



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018**

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
RG: 3648818 EXP.: SSP/RR CPF: 001.989.252-40  
ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR  
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: COBRADOR  
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR  
DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998  
IDADE: 19 ANOS  
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705  
NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA  
NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

**NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO  
OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.**

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAL 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.**

*Gustavo Bruno da Silva Bezerra*

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

*Givanildo da Silva Vieira*  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerário de Polícia Civil  
Mat. 042000908

DAT

JUN 28 2018

DELEGACIA  
TERIDOR

DOCUMENTO ORIGINAL

13 JUL. 2018



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3180509752  
**Vítima:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
**Data do Acidente:** 20/04/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

Senhor(a),

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você.



Data: 23/03/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: Núcleo de Crise - Competência Cível - Comarca de origem: BOA VISTA

Por: SISTEMA CNJ

Data: 23/03/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
NÚCLEO DE CRISE - COMPETÊNCIA CÍVEL - PROJUDI  
Avenida Cabo PM José Tabira de Alencar Macedo, 602 - Térreo - Caranã - Boa Vista/RR - E-mail:  
nupac@tjrr.jus.br

|   |
|---|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>  |
| Classe Processual: Carta Precatória   |
| Assunto Principal: Citação Data da Infração: :  |
| <b>Polo Ativo(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744               |
| <b>Polo Passivo(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

De ordem do Corregedor do Tribunal de Justiça, ao Cartório Distribuidor

Boa Vista/RR, 24/3/2020.

Fabiano Talamas de Azevedo  
Analista Judiciário



Data: 24/03/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Redistribuição

Por: Fabiano Talamas de Azevedo

24/03/2020: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA PROCEDIMENTO ORDINÁRIO.

Data: 24/03/2020

Movimentação: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE CARTA PRECATÓRIA PARA  
PROCEDIMENTO ORDINÁRIO

Por: WALLISON LARIEU VIEIRA

24/03/2020: REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA.

Data: 24/03/2020

Movimentação: REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE INCOMPETÊNCIA

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: WALLISON LARIEU VIEIRA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

Distribuído por sorteio.



Data: 24/03/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 26/03/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DESPACHO

Complemento: Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Data: 30/03/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- mero expediente



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI  
DO CENTRO CÍVICO, 666 - ,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP:  
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

|  |
|--|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>   |
| Classe Processual: Procedimento Ordinário  |
| Assunto Principal: Citação   |
| Valor da Causa: : R\$0,00  |
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744           |
| <b>Réu(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

## DESPACHO INICIAL

(Procedimento Comum, artigos 318 e seguintes do Novo Código de Processo Civil)

01. Não há pedido de tutela antecipada e/ou liminar.
02. Com base nos princípios da duração razoável do processo (NCPC:art. 4º), celeridade processual e instrumentalidade das formas (NCPC: art. 8º), hei por bem determinar a **citação on-line** da parte requerida, sem a designação de audiência de conciliação ou mediação[1], conforme prescreve o Artigo 334 do Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015], vez que a parte autora não possui interesse nesta, ficando a parte requerida ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos (NCPC: arts. 336, 341 e 344/346).
03. Em caso da parte requerida ter apresentado resposta, **comparecendo**



**espontaneamente ao processo**, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015], considero válida a citação inicial da parte.

**Precedente:** “A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259)”.

04. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, com as advertências do Parágrafo Único do Artigo 100 combinado com o Artigo 102, ambos do Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015].

05. Constato que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da hipossuficiência do consumidor, assim,

inverto o ônus da prova, na forma do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil.

06. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de

prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

07. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

08. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado[i], em nome do princípio da duração razoável do processo (NCPC: art. 4º), hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em R\$ 200,00 (duzentos reais). Assim, com base no



Artigo 95 combinado com o Artigo 465, ambos do Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015], determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte requerida **(SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A)**, mediante guia própria, no *site* do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. **Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova**, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

09. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia Computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

10. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Novo Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015].

11. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), **via Sistema**

**Virtual do PROJUDI**, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas a expensas das partes.

12. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã)

Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no § 1º do Artigo 477 do Novo Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015].

13. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 1º do Artigo 465 do Novo Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015].



14. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica, bem como o dever de levar consigo todos os documentos pertinentes ao exame pericial que estejam em seu poder. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão ).

15. Nos termos do Artigo 474 do Novo Código de Processo Civil [Lei n.º 13.105/2015], determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial. Com a entrega do laudo pericial, intmem-se as partes para ciência, com prazo de 15 (quinze) dias.

16. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

## **Jarbas Lacerda de Miranda**

*Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível*

*(assinado digitalmente)*

[1] **Art. 334.** Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

§ 1o O conciliador ou mediador, onde houver, atuará necessariamente na audiência de conciliação ou de mediação, observando o disposto neste Código, bem como as disposições da lei de organização judiciária.

§ 2o Poderá haver mais de uma sessão destinada à conciliação e à mediação, não podendo exceder a 2 (dois) meses da data de realização da primeira sessão, desde que necessárias à composição das partes.

§ 3o A intimação do autor para a audiência será feita na pessoa de seu advogado.

§ 4o A audiência não será realizada:

I - se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual;



II - quando não se admitir a autocomposição.

§ 5o O autor deverá indicar, na petição inicial, seu desinteresse na autocomposição, e o réu deverá fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

§ 6o Havendo litisconsórcio, o desinteresse na realização da audiência deve ser manifestado por todos os litisconsortes.

§ 7o A audiência de conciliação ou de mediação pode realizar-se por meio eletrônico, nos termos da lei.

§ 8o O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado.

§ 9o As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos.

§ 10. A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir.

§ 11. A autocomposição obtida será reduzida a termo e homologada por sentença.

§ 12. A pauta das audiências de conciliação ou de mediação será organizada de modo a respeitar o intervalo mínimo de 20 (vinte) minutos entre o início de uma e o início da seguinte.

[2] XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de](#)

[2004](#)) [i] Agravo de Instrumento n.º 0000.14.00936-6; Agravo de Instrumento n.º 0000.14.00924-2; Agravo de Instrumento n.º 0000.14.00964-8, dentre outros.



Data: 31/03/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO  
(30/03/2020)

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Data: 31/03/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE

Complemento: Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- mandado de citação



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**  
**DO CENTRO CÍVICO, 666 - , - Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro -**  
**Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail:**  
**4vcivelresidual@tjrr.jus.br**

**MANDADO DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO**  
*ONLINE*

|   |
|---|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>  |
| Classe Processual: Procedimento Ordinário   |
| Assunto Principal: Citação  |
| Valor da Causa: : R\$0,00   |
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744                  |
| <b>Réu(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205        |
| <b>PESSOA A SER CITADA/INTIMADA:</b>  |
| <b>Réu(s)</b><br><b>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</b><br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

Por ordem do MM. Juiz(a) JARBAS LACERDA DE MIRANDA, Titular da 4ª Vara Cível desta Comarca, em cumprimento a este, fica a parte promovida, **CITADA ELETRONICAMENTE** para tomar conhecimento da ação acima mencionada, nos termos da petição inicial e do despacho/decisão judicial retro, ficando a mesma advertida de que tem o prazo de 15 (quinze) dias para oferecer resposta. Se a parte ré não contestar a ação, será considerada revel e reputar-se-ão verdadeiros os fatos afirmados pela parte autora, ressalvadas as hipóteses do art. 345 do CPC. Ainda, fica **INTIMADA** para, no mesmo prazo, manifestar-se sobre a possibilidade de acordo em audiência de conciliação ou julgamento antecipado da lide. Caso negativas as hipóteses, a parte deverá especificar as provas que pretende produzir, bem como os fatos que com elas pretenda comprovar.

Boa Vista, 31/3/2020.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Diretor(a) de Secretaria, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito  
**JARBAS LACERDA DE MIRANDA**

OBSERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para juntar documentos aos autos (procurações, cartas de preposição, contestações, etc.), limite os arquivos ao máximo de 3MB cada, estando devidamente habilitado para acessar ao sistema.



02/04/2020: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA.

Data: 02/04/2020

Movimentação: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA

Complemento: Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 04/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 11.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

08/04/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 08/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08091165320208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. manifestar-se nos seguintes moldes:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Ocorre que a parte autora não juntou aos autos laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal com a devida graduação das supostas lesões sofridas, conforme exige a Lei 11.945/09 e Súmula 474, STJ.

Assim sendo, ante a ausência de graduação da alegada invalidez, questão controversa que ensejou a presente lide, requer a Ré **que o Juízo nomeie Perito Médico do IML ou outro órgão público, para a realização da perícia na parte autora, a fim de atestar a invalidez alegada, bem como quantificar a lesão de acordo com a Lei 11.945/09, e Súmula 474, STJ.**

Tendo em vista se tratar de prova constitutiva do direito autoral, em caso de impossibilidade da produção do referido laudo pericial pelo IML, deve o exame ser custeado pela parte autora por força do artigo 373, I do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de abril de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8MQ 4JQ52 Z4R25 TB7QU



11/04/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 11/04/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O  
PEDIDO (30/03/2020) e ao evento de expedição seq. 10.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 13/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Complemento: Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro  
DPVAT S/A

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- DOCS
- DOCS
- DOCS
- KIT SEGURADORA LIDER

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08091165320208230010

**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 **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, 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 **20/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/04/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

### DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

## DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

## DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

### DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

### DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

### DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA



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

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>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.”

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



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

### DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

### CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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.

<sup>7</sup> art. 1º. (...)

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



Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de março de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLP4.V76MC.BVYFU.AR9QK



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



**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-pitoneais 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; **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 **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08091165320208230010.

Rio de Janeiro, 25 de março 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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
 BEZERRA

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PATELA ESQUERDA  
 FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349316 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
BEZERRA

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PATELA ESQUERDA  
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

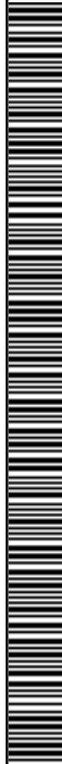
**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



The image shows two Brazilian identification documents. The top document is a photo ID card from the 'CARTERA DE IDENTIDADE' (Identity Card) issued by the 'SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA' (State Security Secretariat) and 'INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO-CÍCLICA' (Odontocyclical Identification Institute). It features a black and white portrait of a man and the signature of 'Gustavo Soares da S. Bezerra'. The bottom document is a 'CARTÃO NACIONAL' (National Card) issued by the 'SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA' (State Security Secretariat) and 'INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO-CÍCLICA'. It contains personal data for 'GUSTAVO SOARES DA SILVA BEZERRA', including his CPF (344881-8), birth date (15/04/2016), and other identification numbers.

**Top Card (Photo ID):**  
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO-CÍCLICA  
Fotoger Direito  
Gustavo Soares da S. Bezerra  
ASSINATURA DO TITULAR  
CARTERA DE IDENTIDADE

**Bottom Card (National Card):**  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTO-CÍCLICA  
CPF: 344881-8  
NOME: GUSTAVO SOARES DA SILVA BEZERRA  
FILIAÇÃO: NILSON COSTA BEZERRA  
MADRE DA CONCEIÇÃO FARIAS DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 15/04/2016  
ENDEREÇO: RUA VISTA - 02  
CERTEC MASC 14.841 FLS 215 LIV A-025  
2 - 09 BOA VISTA-RJ  
001.983.252-40  
2 - VEA  
LEI Nº 7.116 DE 05/09/03

13 JUL. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CANTINA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**Nome:** ILOIR INACIO DE SOUZA

**CPF:** 13497 857 80

**CPF:** 382.451.812-04 **DATA DE NASCIMENTO:** 07/04/1978

**PLACAS:** JOSÉ SOUZA DE ARAÚJO

**OKELSA INACIO DE OLIVEIRA**

**CPF:** 0110812304 **DATA DE NASCIMENTO:** 28/01/2020 **PRESENCIAÇÃO:** 14/12/1989

**LOCAL:** BOA VISTA - BOAZINA **DATA DE EMISSÃO:** 30/01/2015

**VALIA EM TODOS OS TERRITÓRIOS REGIONAIS** 980151096

**PAÍSIBO PLASTIFICAR** 980151096

**Eletrobras**  
 Distribuição Paraíba

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO: 0109029-1

001340033

**AGOSTO/2018**      **11/09/2018**      **277**      **192,70**

**ILOIR INACIO DE SOUZA**  
 R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS  
 CPF: 00038905151204  
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA      ROT: 5.001.12.04.021730

| CONSUMO (KWH) | VALOR | DATA DE VENCIMENTO |
|---------------|-------|--------------------|
| 51748         |       | 27/08/2018         |
| 51471         |       | 25/07/2018         |
| 1.000         |       | 24/09/2018         |
| 277           |       | 24/08/2018         |
| 277           | FCAL  | 27/08/2018         |

**NORMAL**      **33**

| RESIDENCIAL | BI | N       | M | 1.1.1.2 | 194 |
|-------------|----|---------|---|---------|-----|
| 2287345     |    | 1519404 |   |         |     |

| Mês/Ano | Valor R\$ | CONSUMO | VALOR                               |
|---------|-----------|---------|-------------------------------------|
| JUL/18  | 150       | 277     | R\$ 0.557486 = 154,42               |
| JUN/18  | 201       |         | CORRECAO MONETARIA DA 06/18-00 0,38 |
| MAI/18  | 205       |         | CORRECAO MONETARIA IG 06/18-00 2,05 |
| ABR/18  | 255       |         | MULTA POR ATRASO DE 1 06/18-00 0,95 |
| MAR/18  | 282       |         | JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00 0,50 |
| FEV/18  | 280       |         | MULTA POR ATRASO 06/18-00 2,78      |
| JAN/18  | 207       |         | JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00 1,09 |
| DEZ/17  | 183       |         | ILUMINACAO PUBLICA 31,25            |
| NOV/17  | 155       |         |                                     |
| OUT/17  | 142       |         |                                     |

**ILOIR**

Mês/Ano      Valor R\$      07/2018      192,70

CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) A OBRA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019130 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 364881-8

DATA DE EXPEDICAO 28/04/2016

DATA DE NESCIMENTO 15/09/1998

NOME GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

FILIAÇÃO NILSON COSTA BEZERRA

MARIA DA CONCEIÇÃO FAUSTINO DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGINAL CERTID MASC 14.841 FLS 215 LIV A-025

2 OF BOA VISTA-RR

001.983.252-40 AMADEU ROCHA TRIANI

2 - VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

P. 1

REP. DIREITO




ASSINATURA DO TITULAR

Gustavo Bruno da S. Bezerra

CARTEIRA DE IDENTIDADE

13 JUL. 2018



|   |  |   |  |                |
|---|--|---|--|----------------|
| <b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br>MINISTÉRIO DAS CIDADES |  | SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT |  |                |
| <b>DETRAN</b>   | <b>DETRAN - RR</b> Nº <b>011598472300</b>          |   | <b>RR Nº 011598472300</b>  |                |
|   | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO |   | <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>   |                |
|   | VA 01  | COD RENAVAM 01048959098   | RMDRC  | EXERCICIO 2016 |
|   | NOME<br><b>NILSON COSTA MEZERRA</b>                |   | 2016   |                |
|   | PLACA<br><b>NAU8145</b>                            |   | ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIANDOS AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA |                |
|   | CHASSI<br><b>9C2KD0800FR027792</b>                 |   | <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a>                     |                |
|   | COMBUSTIVEL<br><b>ALCU/GASOL</b>                   |   | SAC DPVAT 0800 022 1204  |                |
|   | MARCA / MODELO<br><b>HONDA/NXR160 BRUS ESD</b>     |   | EXERCICIO 2016   |                |
|   | ANO FABR. 2015                                     |   | DATA EMISSÃO 29/12/2016  |                |
|   | ANO MOD. 2015                                      |   | VA 01  |                |
| PARTICU VERMELHA  |  | CPF / CNPJ 382.589.942-04   |  |                |
| COTA ÚNICA 3PAGOS   |  | PLACA NAU8145   |  |                |
| VENÇ. COTA ÚNICA 3PAGOS   |  | RENAVAM 01048959098   |  |                |
| PREMIO TARIFARIO R\$1.111,11                                    |  | MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BRUS ESD  |  |                |
| DATA DE PAGAMENTO 22/12/2016                                    |  | ANO FABR. 2015  |  |                |
| OBSERVAÇÕES   |  | CHASSI 9C2KD0800FR027792  |  |                |
| AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD E                        |  | PREMIO TARIFARIO R\$1129,04   |  |                |
| PROIB SAIR DA AMAZON UCIS E                                     |  | DETRAN (R\$) R\$14,34   |  |                |
| BOA VISTA   |  | CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143,38   |  |                |
| Francisco Assis da Silva  |  | CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15  |  |                |
| Diretor Presidente  |  | COTA ÚNICA (R\$) R\$1,11  |  |                |
| DETRAN/RR   |  | CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$292,01   |  |                |
|   |  | DATA DE DURAÇÃO 22/12/2016  |  |                |
|   |  | <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>   |  |                |
|   |  | CNPJ 00.549.905/0001-04   |  |                |
|   |  | <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>  |  |                |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Atenuação mecânica - Prêmio cota em taxa Única  |  | Atenuação mecânica - Seguro DPVAT  |  |
| Exercício: 2017   |  | Placa: NAU8145 Emissão: 29/12/2017   |  |
| NILSON COSTA MEZERRA<br>R CALHE 89<br>HONDANXR160 BRUS ESD<br>Ano Fabricação: 2015<br>9C2KD0800FR027792                         |  | Serviços Estipulados<br>Licenciamento Anual<br>101,78<br>Total 101,78                              |  |
| DEBITOS IPVA: Documento não quitou débitos anteriores   |  | RENAVAM 01048959098<br>BASE CALCULO 0,00<br>ALIQUOTA 0,00 %<br>DEPRECIAÇÃO 0,00<br>VALOR IPVA 0,00 |  |
| IPVA COTA ÚNICA: 04.100,6250458332  |  | SEGURO 01.107425990346<br>LICENCIAMENTO 01.03029948333   |  |
| VÁLIDO POR 30 DIAS, A CONTAR DA DATA DE AUTENTICAÇÃO DAS TAXAS, IPVA, LICENCIAMENTO E DPVAT ACOMPANHADO DO CRLV DO ANO INTERIOR |  |  |  |

Handwritten notes and stamps, including a date stamp '2018' and various illegible signatures and stamps.

13 IIII 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RR** Nº 011598472300  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

VEICULO: 01 COD. RENAVAM: 01048959098 RANTULO: PLACA: 2016  
 392.589.742-04 NAU8145

NOME: NILSON COSTA BEZERRA  
 RK

CHP / CNPJ: 392.589.742-04 PLACA: NAU8145  
 PLACA ANT / UF: 9C2KD0800FR027792 CHASSI: 9C2KD0800FR027792

ESPECIE / TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAV APLIC. COMBUSTIVEL: ALCOL/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/NXR160 BRUS ESD ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

PLAC. CONV. L.P.R.: 2P/0162CC/ PATENTE: PARTICU VERMELHA

COTA ÚNICA: 3PAGOS VENC. COTA ÚNICA: 3PAGOS VENC. / COTAS: 1ª \*\*\*\*\*  
 2ª \*\*\*\*\*  
 3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$1.11 PREMIO TOTAL (R\$): R\$292.01 DATA DE PAGAMENTO: 22/12/2016

OBSERVAÇÕES: AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD \*  
 PROIB SAIR DA AMAZON (CIS) \*

BOA VISTA *João Alves Barbosa Filho* DATA: 29/12/2016  
 Diretor-Presidente  
 DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUE POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**RR Nº 011598472300 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 382. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA O VORSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatSegurodotransito.com.br](http://www.dpvatSegurodotransito.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO: 2016 DATA EMISSÃO: 29/12/2016

VEICULO: 01 CHP / CNPJ: 392.589.742-04 PLACA: NAU8145

RENAVAM: 01048959098 MARCA / MODELO: HONDA/NXR160 BRUS ESD

ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015

PLAC. CONV. L.P.R.: 2P/0162CC/ PATENTE: PARTICU VERMELHA

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$129.09 COTA ÚNICA (R\$): R\$14.34 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4.15 COTA ÚNICA (R\$): R\$1.11 COTA ÚNICA (R\$): R\$292.01

DATA DE COTAÇÃO: 22/12/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.548.800/0001-04  
[www.Seguradoralider.com.br](http://www.Seguradoralider.com.br)

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
BEZERRA

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PATELA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.  
FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|---|---|-----------|--------------------------|
|                                |   | Total   | 0 %       | R\$ 0,00                 |

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180475052 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO BRUNO DA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
 BEZERRA

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PATELA ESQUERDA.  
 FRATURA EXPOSTA EM TORNOZELO ESQUERDO.  
 FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE PARA O JOELHO, TORNOZELO E METATARSOS.  
 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA EM TRATAMENTO (FISIOTERAPIA), CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 04/10/2018, EMITIDO PELO DR. LAEL DA SILVA, CRM Nº 2016, DO HOSPITAL PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA - GOVERNO DE RORAIMA, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Nº Sinistro: 3180475052

Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475052**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461954





Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Nº Sinistro: 3180475052

Vítima: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 20/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

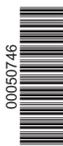
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180475052**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

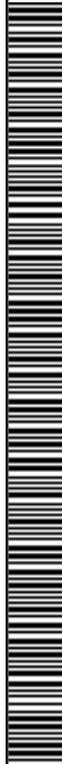
Pag. 01491/01492 - carta\_04 - INVALIDEZ



00060746

Carta nº 13501967

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



**Seguradora LIDER**  
**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 003.989.252-40 Nome completo da vítima: Guilherme Bruno da S. Bezerra

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Guilherme Bruno da Silva Bezerra CPF titular da conta: 003.989.252-40 Profissão: Autônomo  
 Endereço: Rua Calabe Número: 89 Complemento: Casa  
 Bairro: Nova Lândia Cidade: Boa Vista Estado: Maranhão CEP: 661.314 - 1102  
 Email: idivm@hotmail.com Telefone (DDD): 91594-4242

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECLAMO INFORMAR:  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 BANCO: Banco do Brasil NRO: 001  
 AGÊNCIA NRO: 5076 DIV: 8 CONTA NRO: 7.753 DIV: 4  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 09 de Maio de 2018  
 Local e Data

Guilherme Bruno da S. Bezerra  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DOCUMENTO ORIGINAL**

SAPFF/001 V001/2017

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da vítima<br><i>003.069.252-40</i> | Nome completo da vítima<br><i>Guilherme Bruno da S. Pereira</i> |
|---------------------------|--|---|

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL |   |                              |                            |
|--|---|------------------------------|----------------------------|
| Nome completo<br><i>Guilherme Bruno da Silva Pereira</i>               | CPF titular da conta<br><i>003.069.252-40</i>   | Profissão<br><i>Autônomo</i> | Complemento<br><i>Casa</i> |
| Endereço<br><i>Rua. Calábria</i>                                       | Número<br><i>24</i>   | Estado<br><i>Pernambuco</i>  | CEP<br><i>69.241-102</i>   |
| Bairro<br><i>Nova Lândia</i>   | Cidade<br><i>Boa Vista</i>  | Telefone (DDD)<br><i>81</i>  | Telefone<br><i>4252</i>    |
| Email<br><i>ldorn@hotmil.com</i>                                       | Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado. |                              |                            |

| FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00                            | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00              | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |  | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) |  |
| AGÊNCIA<br>NÚM.<br><i>5076</i>  | DIV.<br><i>8</i>                                       | BANCO<br>Nome<br><i>Banco do Brasil</i>                              | NÚM.<br><i>001</i>                                     |
| CONTA<br>NÚM.<br><i>7.753</i>   | DIV.<br><i>4</i>                                       |  |  |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Boa Vista, 09 de Maio de 2018*  
Local e Data

*Guilherme Bruno da S. Pereira*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

FAPF.001 V001/2017

13 JUL. 2018

**PMRR – 2ºBPM** RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL  
 SERIE "J" Nº 097033

|                       |                |                            |                  |                   |                |               |               |
|-----------------------|----------------|----------------------------|------------------|-------------------|----------------|---------------|---------------|
| Vtr<br>645            | SUCp<br>2º BPM | Data<br>20/04/2018         | S/Setor<br>Oeste | H/Transm<br>19:15 | H/Ini<br>19:15 | CH/H<br>19:20 | H/Fi<br>21:45 |
| Cód. Oc.<br>1001/1003 |                | Cód. Prov.<br>13023, 13999 |                  | Cód. Ser. Prest.  |                | Km/Ini<br>N/F | Km/Fin<br>N/F |

LOCAL DE OCORRÊNCIA  
 Rua: Avenida General B. Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: Operário Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

- Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra Idade: 18 E. Civil: Solteiro  
 Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará  
 Edt. R.G 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador
- Envolvido Nome: Rôniere Silvio de Sousa Oliveira Idade: 27 E. Civil: Casado  
 Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade  
 Edt. R.G Não Portava CNH Profissão: Pintor
- Envolvido Nome: Joilson Idade: E. Civil:  
 Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos  
 Edt. R.G CNH Profissão:
- Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues Idade: 29 E. Civil: Solteiro  
 Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos  
 Edt. R.G CNH Profissão:
- Nome: Idade: E. Civil:  
 Endereço:  
 Edt. R.G CNH Profissão:

**POLÍCIA MILITAR - RR**  
 CPC-P2-PS  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 DATA 30/05/18  
 Kc. Nilson

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO(S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO(S): Não há conduzidos.  
 ASSINATURA: *Prodyfero* CARGO: *Det. Pol. Um* LOCAL: *CF*

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia da CF,  
 Acionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

**DOCUMENTO ORIGINAL**

RUDHE 40.933-2 CB QPCPM 2º BPM  
 Nome Cadastro Posto/Grad Suop Assinatura

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018**

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
RG: 3648818 EXP.: SSP/RR CPF: 001.989.252-40  
ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR  
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: COBRADOR  
NATALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR  
DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998  
IDADE: 19 ANOS  
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705  
NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA  
NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

**NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO  
OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.**

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAL 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE; A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTA B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.**

*Gustavo Bruno da Silva Bezerra*

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o (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 caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

*Givanildo da Silva Vieira*  
**Givanildo da Silva Vieira**  
Agente Carreirista de Polícia Civil  
Mat. 042000908

**DAT**

25 JUN 2018

DELEGACIA  
TERIDOR

**DOCUMENTO ORIGINAL**

13 IIII 2018

**PMRR – 2ºBPM** RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL  
 SERIE "J" Nº 097033

|           |        |              |         |                  |       |       |        |
|-----------|--------|--------------|---------|------------------|-------|-------|--------|
| Vr        | SUCo   | Data         | S/Setor | H/Transc         | H/In  | Q/In  | H/Fin  |
| 645       | 2º BPM | 20/04/2018   | Oeste   | 19:15            | 19:15 | 19:20 | 21:45  |
| Cód. Oc.  |        | Cód. Prov.   |         | Cód. Ser. Prest. |       | Em/In | Em/Fin |
| 1001/1003 |        | 13023, 13999 |         | -----            |       | N/F   | N/F    |

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua: Avenida General B, Gonçalves frente ao Nº 1643 Bairro: Operário Ref.:

PESSOAS RELACIONADAS

<sup>1</sup> Envolvido Nome: Gustavo Bruno da Silva Bezerra idade: 18 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua Calebe, 89, Cambará

Edt. R.G. 3648818 SSP/RR CNH 06902310705 Profissão: Cobrador

<sup>2</sup> Envolvido Nome: Rbriere Silvio de Sousa Oliveira idade: 27 E. Civil: Casado

Endereço: Rua Campo Grande, 991, Nova Cidade

Edt. R.G. Não Portava CNH - Profissão: Pintor

<sup>3</sup> Envolvido Nome: Jailson idade: E. Civil:

Endereço: Rua S 27, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH - Profissão:

<sup>4</sup> Envolvido Nome: Charles da Silva Rodrigues idade: 29 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua S 28, 798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G. CNH - Profissão:

<sup>5</sup> Envolvido Nome: idade: E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G. CNH - Profissão:

ARMA, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não há conduzidos.

ASSINATURA: *[Assinatura]* CARGO: *[Assinatura]* LOCAL: *[Assinatura]*

POLÍCIA MILITAR - RR  
 CPC-P2-P5  
 CONFIRE COM ORIGINAL  
 DATA 30/05/18  
 K. N. Costa

HISTÓRICO

Senhor Delegado de Polícia da CF,

Accionados via CIOPS ao endereço acima citado para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, onde, encontrava-se a guarnição da viatura 637 que estava saindo de serviço do 1º turno, a qual nos repassou os dados fornecidos acima acerca do ocorrido, pois, todos os envolvidos já haviam sido removidos pela equipe do SAMU ao HGR. Segundo informações fornecidas pela equipe que estava no local o envolvido (01) conduzia uma motocicleta Bros na cor vermelha de placa NAU 8145 pela referida avenida sentido do Bairro Operário para o Bairro Senador Hélio Campos e foi colidido de frente pelo envolvido (02) conduzindo, no sentido oposto do envolvido (01), uma motocicleta Fan na cor preta de placa NAT 9759, tendo como passageiros os envolvidos (03) e (04). A motocicleta Bros estava com a documentação em dias e foi liberada no local ao senhor Nilson Costa Bezerra, pai do proprietário da Bros. A motocicleta Fan estava em atraso com a documentação e foi removida ao pátio do DETRAN. Avarias dos veículos conforme levantamento pericial, perito Wellington. Diante dos fatos faço a apresentação deste para as devidas providências.

DOCUMENTO ORIGINAL

RUDHE  
 Nome

40.933-2  
 Cadastro

CB QPCPM  
 Posto/Grad

2º BPM  
 Suop

Assinatura

13 JUL. 2018

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 368/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 25/06/2018**

COMUNICANTE: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
RG: 3848818 EXP.: SSP/RR CPF: 001.989.262-40  
ENDEREÇO: RUA CALEBE Nº 89 BAIRRO: CAMBARÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR  
SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: COBRADOR  
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR  
DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998  
IDADE: 19 ANOS  
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: (095) 99127-5744 Nº REG. CNH: 06902310705  
NOME DO PAI: NILSON COSTA BEZERRA  
NOME DA MÃE: FAUSTINO DA SILVA

**NO DIA 20/04/2018 ÀS 19:15, NA AVENIDA GENERAL B. GONÇALVES FRENTE, BAIRRO  
OPERÁRIO, NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA, RR.**

O COMUNICANTE RELATA QUE NA DATA, HORA E ENDEREÇO ACIMA DESCRITO, TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE NILSON COSTA BEZERRA, DE MODELO HONDA/ NXR 160 BROS ESD, PLACA NAU-8145, COR VERMELHA, RENAVAL 01048959098, DE CHASSI 9C2KD0800FR027792, que uma outra motocicleta de MODELO FAN, COR PRETA, DE PLACA NAT-9759 COLIDIU FRONTALMENTE COM O COMUNICANTE, OCASIONANDO O ACIDENTE, A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO TRAUMA DO HGR POR UMA EQUIPE DO SAMU; Que devido ao acidente o mesmo teve lesão corporal e ferimentos pelo corpo, QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. QUE O MOTIVO DESTE B.O É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

É O RELATO.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL.**

*Gustavo Bruno da Silva Bezerra*

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o (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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

*Givanildo da Silva Vieira*  
**Givanildo da Silva Vieira**  
Agente Cartório de Polícia Civil  
Mat. 042000908

**DAT**  
19 JUN 2018  
DELEGACIA  
TERIDOR

**DOCUMENTO ORIGINAL**

13 JUL 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Augusto Bruno da Silva Bezerra

CPF da Vítima

003.9473.252-40

Data do Acidente

20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Boa Vista, 09 de Maio de 2018

Local e Data

Augusto Bruno da S. Bezerra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

13 III 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

|  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima<br><i>Guilherme Bruno da Silva Bezerra</i> | CPF da Vítima<br><i>003.9675.252-40</i> | Data do Acidente<br><i>20/04/2018</i> |
|--|---|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email                                | Telefone (DDD)             |

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

*Boa Vista* 09 de Maio de 2018  
Local e Data

*Guilherme Bruno da S. Bezerra*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

13 JUL. 2018

13 JUL. 2018





**Eletrobras**  
 Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NOMEBO

**SEU CÓDIGO**  
 0109029-1

Código de Verificação (CV) 000986275

000986275

000986275

| CONTA Nº   | DATA DE VENCIMENTO | COMISSÃO (%) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|--------------------|--------------|---------------------|
| JUNHO/2018 | 11/07/2018         | 201          | 144,86              |

**ILDIR INACIO DE SOUZA**  
 R. ANTONIO P GALVAO 1032 6 BURITIS  
 CPF: 00038305151204  
 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA ROT: 5.001.12.04.021730

| DADOS DA FATURA       | VALOR | DATA DE VENCIMENTO |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Conta                 | 51120 | 25/06/2018         |
| Antecip               | 51120 | 24/05/2018         |
| Consumo de Iluminação | 1,000 | 25/07/2018         |
| Consumo de Energia    | 201   | 22/06/2018         |
| Consumo de FCAH       | 201   | 25/06/2018         |

**DADOS DA UNIDADE COMISSORA**

| RESIDENCIAL | BI | 2207345 | N 2519404 | L 1.1.1.2 | 183 |
|-------------|----|---------|-----------|-----------|-----|
|-------------|----|---------|-----------|-----------|-----|

| HISTÓRICO (R\$) | DESCRIÇÃO DA CONTA | VALOR  |
|-----------------|--------------------|--------|
| MAI/18 205      | CONSUMO            | 113,44 |
| ABR/18 255      | ILUMINAÇÃO PÚBLICA | 31,42  |
| MAR/18 282      |                    |        |
| FEV/18 280      |                    |        |
| JAN/18 207      |                    |        |
| DEZ/17 183      |                    |        |
| NOV/17 155      |                    |        |
| OUT/17 142      |                    |        |
| SET/17 124      |                    |        |
| AGO/17 145      |                    |        |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES / REAÇÃO DE VENCIMENTO**

Mes/Ano Valor R\$ 05/2018 164,77

Unidade comissora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 10 de 2015, em função das contas realizadas nesta fatura, é necessário pagar antecipadamente a unidade comissora a partir de 10 de 2015. O valor histórico, caso tenha efetuado o pagamento, deve ser informado no ato de abertura da conta.

**CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBO) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26**

4218.0640.D1F4.2C79.82CF.AEC2.0481.6EFS

| COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$) | IMPOSTOS (R\$) |
|---------------------------|----------------|
| Consumo                   | 113,44         |
| Antecip                   | 17,88%         |
| Consumo de Iluminação     | 19,28          |
| Consumo de Energia        | 0,41           |
| Consumo de FCAH           | 1,93           |
| Total                     |                |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

|      |       |       |      |       |       |      |
|------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| 8,85 | 17,70 | 35,40 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,82 |
| 0,00 |       |       | 0,00 |       |       | 0,00 |

FLORESTA 04/2018 56,77

ROT: 5.001.12.04.021730

**Eletrobras**  
 Distribuição Roraima

0109029-1

06/2018

11/07/2018

000986275 FCAH

83660000001 9 44860075000 5 00000000109 9 02910618006 5

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0066416-2

Eletrobras Distribuição Roraima  
 Av. Capitão Ezequiel Ribeiro, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.470/0001-54 | Insc. Estadual: 21.697.022-3  
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sema 8 e 7  
 Registro Especial de Imposto Autorizado pela GEFAP 2007/1

Nº da Nota Fiscal: 000598765

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TOEE, prevista pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

| CONTAS MES | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| ABRIL/2018 | 16/05/2018 | 698           | 425,62              |

NILSON COSTA BEZERRA  
 R. CALEBE 89 NOVA CANAÃ  
 CPF: 00038258994204  
 CEP: 69.314-402 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.07.026800

| DADOS DA LEITURA        |       | DADOS DA VENTURA |            |
|-------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual                   | KWH   | Atual            | Data       |
| Atual                   | 45317 | Atual            | 13/04/2018 |
| Anterior                | 44619 | Anterior         | 19/03/2018 |
| Quantidade de Medidores | 1,000 | Próxima Leitura  | 13/05/2018 |
| Consumo Medidor         | 698   | Emprego          | 17/04/2018 |
| Consumo Fabricado       | 698   | Arrecadação      | 13/04/2018 |
|                         |       |                  | 30         |

| DADOS DA UNIDADE - ODN - UMIDORA |           |              |         |          |                |
|----------------------------------|-----------|--------------|---------|----------|----------------|
| Grupo Sub-Grupo                  | Tipologia | Nome Medidor | Posto   | Distrito | Metro 12 meses |
| RESIDENCIAL                      | BI        | 13LDB02304M  | 1501401 | 1.1.1.2  | 653            |

| HISTÓRICO (KWH) |         | DEBITOS DA UNIDADE        |                             |
|-----------------|---------|---------------------------|-----------------------------|
| Mês/Ano         | Consumo | Valor                     | Valor                       |
| MAR/18          | 636     | CONSUMO                   | 698 A R\$ 0,558811 = 390,05 |
| FEV/18          | 616     | CORRECAO MONETARIA DA     | 01/18-00 0,06               |
| JAN/18          | 622     | CORRECAO MONETARIA IG     | 01/18-00 2,80               |
| DEZ/17          | 719     | MULTA POR ATRASO DE I     | 01/18-00 1,21               |
| NOV/17          | 701     | JUROS DE MORA POR ATR     | 01/18-00 0,21               |
| OUT/17          | 734     | MULTA POR ATRASO 01/18-00 | 7,11                        |
| SET/17          | 646     | JUROS DE MORA DE IMPO     | 01/18-00 3,79               |
| AGO/17          | 575     | ILUMINACAO PUBLICA        | 20,39                       |
| JUL/17          | 556     |                           |                             |
| JUN/17          | 678     |                           |                             |

TARIFA DE TRIBUTOS:  
 8 A 650 - 0,425770

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO |           |   |
|---|-----------|---|
| Mes/Ano                                       | Valor R\$ | Descrição   |
| 03/2018                                       | 405,89    | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/03/2018, em função das contas reavizadas neste fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no nome dos inadimplentes ainda existentes (contas vencidas) e de reavizada(s) no valor de R\$ 427,92 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso. |
| 02/2018                                       | 390,14    |   |

12/17 -> 427,92

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

| RESERVAÇÃO FISCAL 7176.C01A.3A4Z.D161.E0D6.A554.A08A.114D |                                |
|---|--------------------------------|
| COMPANHIA DA UNIDADE - R\$                                | IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$ |
| Distribuição  | Base de Cálculo                |
| Energia   | 390,05                         |
| Transmissão   | Alíquota ICMS                  |
| Enchaves  | 17,00%                         |
| Outros  | Margem de ICMS                 |
|   | 66,30                          |
|   | Margem de RPS                  |
|   | 0,85                           |
|   | Margem de Outros               |
|   | 4,05                           |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |      |      |      |      |      |      |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 0,00                        | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0,00                        |      |      | 0,00 |      |      | 0,00 |
|                             |      |      |      |      |      | 0,00 |
|                             |      |      |      |      |      | 0,00 |

ROT: 8.001.16.07.026800

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| SEU CÓDIGO<br>0066416-2 | TOTAL A PAGAR - R\$<br>425,62 |
| MÊS FATURADO<br>04/2018 | VENCIMENTO<br>16/05/2018      |

Eletrobras Distribuição Roraima  
 Av. Capitão Ezequiel Ribeiro, 891 - Centro - Boa Vista - RR  
 CNPJ: 02.341.470/0001-54 | Insc. Estadual: 21.697.022-3  
 Nº da Nota Fiscal: 000598765 FCAM

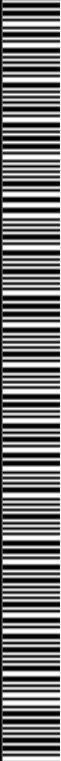
83650000004 4 25620075000 6 00000000066 1 41620418008 5



SEQ.: 00287 UC: 0066416-2 DT. LEIT.: 18/04/2018 T. ENTR.: 04  
 LEITURA: 45317 NORMAL TOTAL: 425,62 CARGA: 003  
 DT. VENC.: 16/05/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1011

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD





 **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 221206 (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 SUSEP<sup>1</sup> 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 partes 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iléia Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 389.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno de Silveira Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Gustavo Bruno de Silveira Bezerra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

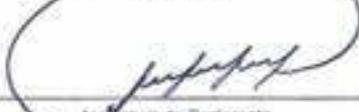
Recuso informar

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 | <u>Rua Antônio Pinheiro Cabral</u> | Número | <u>1832</u>              | Complemento            | <u>Ap. 04</u>     |
| Bairro   | <u>Buarque</u>                     | Cidade | <u>Boa Vista</u>         | Estado                 | <u>RR</u>         |
|          |                                    |        |                          | CEP                    | <u>69.308-209</u> |
| Email    | <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>         |        | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |                   |
|          |                                    |        |                          | <u>(65)90154-4282</u>  |                   |

Boa Vista de 02 de Maio de \_\_\_\_\_  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO ORIGINAL**



 **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 0600 221206 (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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilóir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 389.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.352/40, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vitima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.352/40 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 Lider-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 | <u>Rua Antônio Pinheiro Góes</u> | Número | <u>1832</u>              | Complemento            | <u>Ap. 04</u>     |
| Bairro   | <u>Buxiá</u>                     | Cidade | <u>Boa Vista</u>         | Estado                 | <u>RR</u>         |
|          |                                  |        |                          | CEP                    | <u>69.309-209</u> |
| E-mail   | <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>       |        | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |                   |
|          |                                  |        |                          | <u>(95)96154-4282</u>  |                   |

Boa Vista de RR de Maio de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO ORIGINAL**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD





### 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 221206 (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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilvair Jucício de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 389.051.512/04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 do sinistro de DPVAT cobertura Involuntária da vítima Gustavo Bruno da Silva Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.983.252/40 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 | <u>Rua Antônio Pinheiro Gênes</u> | Número                  | <u>1832</u>      | Complemento            | <u>Ap. 04</u>         |
| Bairro   | <u>Bustos</u>                     | Cidade                  | <u>Boa Vista</u> | Estado                 | <u>RR</u>             |
| E-mail   | <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>        | Telefone comercial(DDD) |                  | Telefone celular (DDD) | <u>69-309-209</u>     |
|          |                                   |                         |                  |                        | <u>(45)96154-4282</u> |

Boa Vista de 09 de Maio de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL



20/04/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

# BLOCO D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

NHE  
 N.º 02/04/2018  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN RR 104.194 TE



| FICHA DE ATENDIMENTO  |  | TRAUMATOLOGIA                          |  | NOTURNO 19 - 11                 |                          |                           |
|---|--|--|--|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Paciente: GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA   |  | Data Nascimento: 15/09/1998            | Idade: 19 A 7 M 5 D  | CNS                             | CPF <sup>07</sup>        | Prontuário                |
| Tipo Doc: Documentos  |  | Órgão Emissor Data Emissão             | Sexo: M  | Estado Civil: SOLTEIRO(A)PARDIA | Raça/Cor: BOA VISTA - RR | Nacionalidade: BRASILEIRA |
| Mão: NÃO INFORMADO  |  | Nome: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA | Paí: NI  | Contato: (95) 99114-1759        | Ocupação                 |                           |
| Endereço: RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| Class. de Risco   | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira                         | Validade   | Autorização                     | Sis Prenatal             |                           |
| Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO   | Caráter do Atendimento: URGÊNCIA             | Profissional do Atend.                 | Procedência  | Temp.                           | Peso                     | Prossão                   |
| Seloz: GRANDE TRAUMA  | Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL                | Procedimento Sol.                      | Registrado por: LEILSON.SOUSA  |                                 |                          |                           |
| Queixa Principal: <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| Anamnese de Enfermagem: <i>Acidente MOTO</i>  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)   |  |  |  | GSC                             | TOTAL                    |                           |
| <i>Fratura em MTE e MUSE</i>  |  |  |  | AO: 1234                        | RV: 12345                | MRV: 123456               |
| Exame Físico: <i>BEG LATE e ASS ACU de 19/18</i>  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| Hipótese Diagnóstica: <i>Poltrauma</i>  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| SADT - Exames Complementares: <input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |  |  |  |                                 |                          |                           |
| PRESCRIÇÃO  |  |  | APRAZAMENTO  | OBSERVAÇÃO                      |                          |                           |
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV   |  |  |  |                                 |                          |                           |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| ③ Ceftriaxona 1gr EV  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| ④ Fosf. sal. 2 M  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| ⑤ Fentanil 20 Uq EV   |  |  |  |                                 |                          |                           |
| DR. João Barbosa<br>20 ABR. 2018  |  |  | EDILSON GONÇALVES DE OLIVEIRA<br>TÉCNICO EM ENFERMAGEM<br>COREN-RR 105.996 / TE  |                                 |                          |                           |
| Condição: <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação  |  |  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N<br>Nova Planície - Tel: (95) 2121-0620<br>AUTENTICAÇÃO<br>15 ABR. 2018 |                                 |                          |                           |
| óbito: Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica _____  |  |  |  |                                 |                          |                           |
| Assinatura do Paciente ou Responsável   |  |  | Carimbo e Assinatura do Médico   |                                 |                          |                           |
| Impresso por: leilson.sousa<br>Data Hora: 20/04/2018 19:48:23<br>DOCUMENTO ORIGINAL   |  |  |  |                                 |                          |                           |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD





11/05/2018

... Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...



|                                 |                             |                           |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Prontuário<br>00165295          | Data Internação<br>21.04.18 | Data da Saída<br>27.04.18 |
| Número da AIH:<br>K1850000659-4 |                             |                           |
| Enfermaria<br>409               | Leito<br>03                 |                           |

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH**

**Dados do Paciente**

|  |                                  |                                    |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Estabelecimento Executante<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR    |                                  | CNES<br>2319659                    |
| Nome do Paciente<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA               |                                  |                                    |
| Cartão de SUS<br>704809078377445                                 | Data de Nascimento<br>15/09/1998 | SEXO<br>1 - Masculino              |
| Raça/Cor<br>PARDA  |                                  |                                    |
| Nº RG, CPF ou Registro de nascimento<br>Ignorado - NAO INFORMADO |                                  | Nacionalidade<br>BRASILEIRA        |
| Nome da Mãe<br>MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE                     |                                  |                                    |
| Nome do Responsável<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA            |                                  | Fone p/ Contato<br>(95) 99114-1759 |
| Endereço<br>RUA - CALEBE   | Número<br>89                     | Bairro<br>CAMBARA                  |
| Município<br>BOA VISTA   | Código do IBGE<br>140010         | UF<br>RR                           |
| CEP<br>69.313-368  |                                  |                                    |

**Dados da Internação**

|   |  |            |
|---|--|------------|
| CPF Médico Sol - CRM<br>5655  | Médico Solicitante<br>Pedro Di Giacomini | Cartão SUS |
| Procedimento Solicitado<br>0408050578   | Procedimento Principal                   | Esp        |
|   | C Int                                    | CID P      |
|   | CID S                                    | CID CA     |
|   | M. Sp                                    |            |
| Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> ybito |  |            |

**Procedimentos Realizados**

| Linha | Tipo | Ato/Procedimento | Cod Ope | CPF/CNPJ | CRM    | CBO | QNT | CUTI |
|-------|------|------------------|---------|----------|--------|-----|-----|------|
| 01    | 01   |                  |         |          | 5655   |     | 01  |      |
| 02    | 06   |                  |         |          | 5506   |     | 01  |      |
| 03    | 07   |                  |         |          | 2209   |     | 04  |      |
| 04    | 07   |                  |         |          | 984468 |     | 01  |      |
| 05    |      | 0109010015       |         |          | 69381  |     | 02  |      |
| 06    |      |                  | 20      |          |        |     | 01  |      |
| 07    |      |                  | 23      |          |        |     | 01  |      |
| 08    |      |                  | 31      |          |        |     | 01  |      |
| 09    |      |                  | 36      |          |        |     | 01  |      |
| 10    |      |                  | 24      |          |        |     | 01  |      |
| 11    |      |                  |         |          |        |     |     |      |
| 12    |      |                  |         |          |        |     |     |      |
| 13    |      |                  |         |          |        |     |     |      |
| 14    |      | 0702030406       |         | 21/04/18 | 09     | 347 | 01  |      |
| 15    |      |                  |         |          |        |     |     |      |

**Autorização**

|  |                              |                                   |                                       |
|--|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Nome Médico Autorizador<br>Ronam Pacheco de Carvalho | Data Autorização<br>21/04/18 | CPF Autorizador<br>768.264.736-15 | CNS Autorizador<br>898 0007 5018 1917 |
| Nome do Médico Auditor                               | Data Auditoria               | CPF Auditor                       | CNS Auditor                           |

Ronam Pacheco

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLÉTIM OPERATÓRIO

BOLÉTIM OPERATÓRIO

Estimado Bruno

Data: 21 de 18 OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

R + Lt Esp. Tnz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tro cirurgico

LESÕES INTERFERENTES:

Tro cirurgico R + Esp. Tnz

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Pedro

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

NÍCIO:

DURAÇÃO:

Dr. Pedro D. Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM nº 1615

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DMA sob plano anestésico  
2) Antiseptia + Assépsia + Lavagem  
3) Linc. trausrica 10L. 50, 91.  
4) Fixação externa TRANSARTICULAR. 1001. 1001  
5) Anestesia geral  
6) Curativo  
7) Ao PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

Dr. Ricardo  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM nº 11754

HOSPITAL GERAL DE ARAUJO  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
13 JUL 2018  
Certifico que esta é a presente  
cópia e fiel Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital

13 JUL. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|  |                            |                  |                           |
|--|----------------------------|------------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Guilherme Bruno Silva Gomes</i> | APT OU LEITO<br><i>G.T</i> | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA<br><i>24 10 2018</i> |
|--|----------------------------|------------------|---------------------------|

|   |                        |                     |             |
|---|------------------------|---------------------|-------------|
| TIPO<br><i>Dist. Fratura Exposta Pé direito</i> | CIRURGIA               |                     |             |
|   | TEMPO DE DURAÇÃO       |                     |             |
|   | INICIO<br><i>10:30</i> | FIM<br><i>09:35</i> | TEMPO TOTAL |

|                                 |                 |                   |  |
|---------------------------------|-----------------|-------------------|--|
| CIRURGIÃO                       | EQUIPE MÉDICA   |                   |  |
| 1º AUXILIAR<br><i>Dr. Pedro</i> | ANESTESISTA:    | <i>Dr. Marcel</i> |  |
| 2º AUXILIAR                     | RES. ANESTESIA: |                   |  |
|                                 | INSTRUMENTADOR  |                   |  |
|                                 | CIRCULANTE      | <i>Fabio</i>      |  |

TIPO DE ANESTESIA: *Raqui*

| QUANT.                              | MATERIAIS                  | VALOR | QUANT                               | MEDICAMENTOS                 | VALOR |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|-------------------------------------|------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACOTES GAZE               |       |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.0           |       |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.5           |       |                                     | FIO VICRYLN                  |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.0           |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 3.0/2.0     |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.5           |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/PROCEDIMENTOS 14   |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURIN Nº 15      |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE SUÇÃO Nº          |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº          |       |                                     | FIO PROLENE Nº               |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº        |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO SEDA Nº <i>4.5</i>       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 01ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | SURGICEL                     |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 03ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | CHRA P/OSSO                  |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML              |       | <input checked="" type="checkbox"/> | KFF CATARATAN                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 10ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | GEOFOAM                      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 20ML               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FITA CARDIACA                |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <i>Neul Alcohol 70%</i>    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <i>Elbactam</i>      |       |

|  |                                    |                            |  |       |
|--|------------------------------------|----------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |  | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)   | ENFERMEIRA CHEFE<br><i>Silvane</i> | MATERIAL MEDICAMENTOS      |  |       |
| ACIONÁRIO/CALCULOS   | CIRCULANTE DE SALA<br><i>Fabio</i> | SUB-TOTAL                  |  |       |
|  |                                    | TAXA DE SALA               |  |       |
|  |                                    | TAXA DE ANESTESIA          |  |       |
|  |                                    | SOMA                       |  |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE  |                                    |                            |  |       |

DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 571  
Novo Planalto - RR (93) 2121-062  
AUTENTICAÇÃO  
13 JUL 2018  
Certificado e Doutra e o presente  
cópia e foi Registrado Original  
que foi apresentado neste Hospital

13 JUL 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSYS 3KGSF 9D3RK Y79DD



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Guilherme Dumas da Silva Pimenta

13 JUL. 2018

| ENFERMIA NA SAÍDA                          |   | INÍCIO DA CIRURGIA                            |                              | INÍCIO DA ANESTESIA |       | TERMINO DA CIRURGIA |  | SAÍDA S.O. |  |
|--|---|---|------------------------------|---------------------|-------|---------------------|--|------------|--|
| 21/04/18                                   | 00:20   | 00:30   | 00:22                        | 2:35                | 12:40 |                     |  |            |  |
| Unidade: 00:800                            | Cirurgia Realizada: <u>Prost. Sup. Rec. Rague</u> | Anestesia: <u>Dorsal</u>                      | Perdida: <u>inexistente</u>  |                     |       |                     |  |            |  |
| Idoso: <u>100%</u>                         | Riduzido: <u>inexistente</u>                      | Assistência: <u>Terapia</u>                   | Hemodinâmica: <u>estável</u> |                     |       |                     |  |            |  |
| Diagnóstico: <u>Prost. Sup. Rec. Rague</u> | Intubado: <u>sim</u>                              | Nome: <u>Guilherme Dumas da Silva Pimenta</u> | CH: <u>00</u>                |                     |       |                     |  |            |  |
| Coluna: <u>Prost. Sup. Rec. Rague</u>      | SO a 10%: <u>sim</u>                              | Oxigênio: <u>sim</u>                          | Plasma: <u>sim</u>           |                     |       |                     |  |            |  |
|  | Outros: <u>sim</u>                                |   | Preparado: <u>sim</u>        |                     |       |                     |  |            |  |
|  | Nº de compressas eferocidas: <u>10</u>            |   | Autoclavo: <u>sim</u>        |                     |       |                     |  |            |  |
|  | Nº de compressas reconstrutor: <u>10</u>          |   | Autoclavo: <u>sim</u>        |                     |       |                     |  |            |  |
|  | Sinal Vital: <u>PA: 120/80</u>                    |   | Temperatura: <u>36,5</u>     |                     |       |                     |  |            |  |
|  | T: <u>37,0</u>                                    |   | Nº de batimentos: <u>70</u>  |                     |       |                     |  |            |  |
|  | SAV: <u>100</u>                                   |   | Nº de saturação: <u>98</u>   |                     |       |                     |  |            |  |
|  | (Regular) <u>sim</u>                              |   | (Cultura) <u>sim</u>         |                     |       |                     |  |            |  |
|  | (Irregular) <u>sim</u>                            |   | (Outros) <u>sim</u>          |                     |       |                     |  |            |  |
|  | PA: <u>120/80</u>                                 |   |                              |                     |       |                     |  |            |  |
|  | SAV: <u>100</u>                                   |   |                              |                     |       |                     |  |            |  |
|  | (Regular) <u>sim</u>                              |   |                              |                     |       |                     |  |            |  |
|  | (Irregular) <u>sim</u>                            |   |                              |                     |       |                     |  |            |  |
|  | Outros: <u>sim</u>                                |   |                              |                     |       |                     |  |            |  |

| Exames na SO: | HI | HB | Hb | Hemograma | Male X |
|---------------|----|----|----|-----------|--------|
| ( ) Outros:   |    |    |    |           |        |

| Legenda | 1. Eletrodos | 2. Oximetro | 3. PVC | 4. Placa de Elettro | 5. Sonda | 6. Cateter | 7. Vendolite | 8. Dreno | 9. SNG | 10. Faixa de Sinalch | 11. Outros: |
|---------|--------------|-------------|--------|---------------------|----------|------------|--------------|----------|--------|----------------------|-------------|
|         |              |             |        |                     |          |            |              |          |        |                      |             |

| EV | HV | CH | SNG | Dreno | Duressa | SNG | Outros |
|----|----|----|-----|-------|---------|-----|--------|
|    |    |    |     |       |         |     |        |

| Encostas | Balanco Hídrico | Situação | SNG | Outros |
|----------|-----------------|----------|-----|--------|
|          |                 |          |     |        |

| Single Vítia   | T | P | PA | SP02 |
|----------------|---|---|----|------|
| 1 <sup>h</sup> |   |   |    |      |
| 2 <sup>h</sup> |   |   |    |      |
| 3 <sup>h</sup> |   |   |    |      |
| 4 <sup>h</sup> |   |   |    |      |
| 5 <sup>h</sup> |   |   |    |      |



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome \_\_\_\_\_  
Fu responsável Cirurgião \_\_\_\_\_

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:  
 Identidade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
Consentimento  Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO  
( ) Aplica  Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO  
 Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
( ) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA ALÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
( ) Não  
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml  
( ) Não  
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento  
Fluido: 300 ml

Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_  
Fluido: 100 ml

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista \_\_\_\_\_

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:  Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
 Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
 Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
 Não se aplica  
( ) Sim, \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  
( ) Não se aplica

13 JUL 2018

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SAÍDA (Sala Pós Operatória)**

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA E/OU DA EQUIPE MÉDICA DE CUIDADOS VERBAISMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
 Sim ( ) Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
 Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
 Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim ( ) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
 Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carla Souza  
10/05/20

409-1. 03



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



| DATA DE ADMISSÃO |   | PRESCRIÇÃO MÉDICA |      |      |             |
|------------------|---|-------------------|------|------|-------------|
| PACIENTE         | GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA   | DIH               | DN   |      |             |
| DIAGNÓSTICO      |   |                   |      |      |             |
| ALERGIAS         | NEGA  | HAS               | NEGA | DM2  | NEGA        |
| IDADE            |   | LEITO             |      | DATA | 21/04/2018  |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO  |                   |      |      |             |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE  |                   |      |      | HORÁRIO     |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO  |                   |      |      | 5:00        |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H  |                   |      |      | 10:00       |
| 5                | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H  |                   |      |      | 12-18-24-06 |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/8H SE DOR INTENSA   |                   |      |      | 5N-06       |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)  |                   |      |      | 5N          |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N   |                   |      |      | 5N          |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)   |                   |      |      | 5N          |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H   |                   |      |      | 5N          |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG   |                   |      |      | 5N          |
| 14               | CURATIVO DIARIO   |                   |      |      | 5N          |
| 15               | CEFTAZIDIMA 1G EV DE 6/6H   |                   |      |      | 5N          |
| 16               | METRONIDAZOL 400MG EV OU VO DE 8/8H   |                   |      |      | 5N          |
| 17               | GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA   |                   |      |      | 5N          |
| 18               | <b>SE DIABÉTICO</b> 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 |                   |      |      |             |
| 19               |   |                   |      |      |             |
| 20               |   |                   |      |      |             |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

11:00h. Paciente admitido no bloco D, para realização do H.F. Vício de conduta de rodar. Trocar o curativo de curativo, balanceio e aplicação de medicamentos e medicação.

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T    |
|---------------|--------|----|------|
| 6 H           | 152/77 | 67 | 37.3 |
| 12 H          | 150/98 | 73 | 36.6 |
| 18 H          | 150/80 | 81 | 36.5 |
| 24 H          | 147/77 | 80 | 37.9 |

14 de 02 de 2018  
Investigado em nível caeter de febre, mas aplicação de SSVV, conforme prescrição

**NIR**

Regulado para leito  
Bloco D - 808-8  
Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

07 de 19 - Paciente no leito, foi med. epm. aplicado SSVV. Segue dos cuidados do

Maria Antonia Costa  
Aux. de Enfermagem



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

L.03

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SECTOR:

QUARTO:

LEITO:

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

BUSIMAS Bruno Silva Soares

DATA/HORA:

PRESCRIÇÃO:

21/07/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bnd. Eduardo Gomes, 574  
Nova Planalto Tel: (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO  
13 JUL 2018  
Certifico que o cópia que apresenta  
é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

| DATA/HORA | PRESCRIÇÃO                   | HORÁRIO         | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |
|-----------|------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 21/07/18  | MEDICAMENTOS                 | AMU             | APIMAZOLAS              |
|           | 1. MED. CETANAMINA 15 e 6/82 | Manhã           | 03:20                   |
|           | 2. Omeprazol 40 e 6/82       | 10h-12h-18h-24h |                         |
|           | 3. METFORMINA 400 e 6/82     | 08:14-22        |                         |
|           | 4. APIMAZOLAS 40 e 6/82      | 08-12-18-24     |                         |
|           | 5. Tenoxicam 40 e 6/82       |                 |                         |
|           | 6. Sinos citras 17 e 6/82    |                 |                         |
|           | 7. MED. 100 mg               |                 |                         |
|           | 8. MED. 100 mg               |                 |                         |
|           | 9. MED. 100 mg               |                 |                         |
|           | 10. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 11. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 12. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 13. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 14. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 15. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 16. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 17. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 18. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 19. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 20. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 21. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 22. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 23. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 24. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 25. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 26. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 27. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 28. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 29. MED. 100 mg              |                 |                         |
|           | 30. MED. 100 mg              |                 |                         |

Med. 100 mg  
Ortodon. 100 mg  
CHUVA 18/17/18

Rayonder de Lima Almeida  
Técnico em Enfermagem  
CNPJ nº 15.418.728/0001-00

13 JUL 2018



409  
1

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  |   |       |            |      |            |
|---|---|-------|------------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  |   |       |            |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA   |   |       |            |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO  | 20/04/2018  | DIH   | 22/04/2018 | DN   | 15/09/1998 |
| PACIENTE  | GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                      |       |            |      |            |
| AGNÓSTICO   | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO              |       |            |      |            |
| ALERGIAS  | N   | HAS   | N          | DM2  | N          |
| IDADE   | 19 ANOS   | LEITO | 409-1      | DATA | 23/04/2018 |
| ITEM  | PRESCRIÇÃO  |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1   | DIETA ZERO  |       |            |      |            |
| 2   | AVP   |       |            |      |            |
| 3   | CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)   |       |            |      |            |
|   | GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)          |       |            |      |            |
| 6   | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA |       |            |      |            |
| 7   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |            |      |            |
| 8   | TILATIL 40 MG EV 1X DIA                             |       |            |      |            |
| 9   | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS                  |       |            |      |            |
| 10  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)                   |       |            |      |            |
| 11  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |            |      |            |
| 12  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |            |      |            |
| 13  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |            |      |            |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>                 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>                 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>                 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |   |       |            |      |            |

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO  
 # CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA     | FC | FR |        |
|----------|--------|----|----|--------|
| 6 H      | 113/74 | 66 | -  | 36,5°C |
| 12 H     | 131/70 | 80 | 19 | 36,5   |
| 18 H     | 132/81 | 64 | 19 | 36,5   |
| 24 H     | 124/70 | 63 | -  | 36,7°C |

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR 2009  
 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

Às 13h foi adm medicação +SSVV + foi colhido sangue e comunicado ao laboratório. Não foi to a medicação do Hem 3 portanto a prescrição só foi entregue às 14h, porém foi adm cefazidima pela a pres anterior.

Às 19h. adm. med. de horários, Sinais - SSVV, segue aos cuidados da enfermeira gen. Téc. Jéssica.

Ana Maria S. Macedo  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 000.411.804

Alia Maria Ferrins de Souza  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 073.674-1E

13 JUL. 2018



4109  
1

|  |   |       |            |      |            |
|--|---|-------|------------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA   |   |       |            |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA   |   |       |            |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA  |   |       |            |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO   | 20/04/2018  | DIH   | 22/04/2018 | DN   | 15/09/1998 |
| PACIENTE   | GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                      |       |            |      |            |
| AGNÓSTICO  | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO              |       |            |      |            |
| ALERGIAS   | N   | HAS   | N          | DM2  | N          |
| IDADE  | 19 ANOS   | LEITO | 409-1      | DATA | 24/04/2018 |
| ITEM   | PRESCRIÇÃO  |       |            |      | HORARIO    |
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |            |      |            |
| 2  | AVP   |       |            |      |            |
| 3  | CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)   |       |            |      |            |
|  | GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INICIO 23/4/18)          |       |            |      |            |
| 6  | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA |       |            |      |            |
| 7  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |            |      |            |
| 8  | TILATIL 40 MG EV 1X DIA                             |       |            |      |            |
| 9  | RANITIDINA 50 MG-EV DE 12/12 HORAS                  |       |            |      |            |
| 10   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)                   |       |            |      |            |
| 11   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |            |      |            |
| 12   | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |            |      |            |
| 13   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |            |      |            |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>                 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>                 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>                 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.</p> |   |       |            |      |            |

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO  
 # CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA     | FC | FR | T      |
|----------|--------|----|----|--------|
| 6 H      | 127,76 | 58 | 20 | 36,6°C |
| 12 H     | 150,80 | 70 | 18 | 36,6   |
| 18 H     | 140,85 | 90 | 18 | 36,2   |
| 24 H     | 143,73 | 73 | 18 | 37,4°C |

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR/2009  
 Médico Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

07 → 13 h. aferido SSVV, calmaria, medicações Teó Elizabeth

13 as 19h,  
 Adm medicamentos  
 e Afirmação Sinais  
 vitais, Deque tu de  
 conferência com

*[Handwritten signature]*  
 COORDENADOR DE SERVIÇOS  
 DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY



4  
 409  
 1

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

|  |   |       |            |      |            |
|--|---|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO   | 20/04/2018  | DIH   | 22/04/2018 | DN   | 15/09/1998 |
| PACIENTE   | GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                      |       |            |      |            |
| AGNÓSTICO  | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO              |       |            |      |            |
| ALERGIAS   | N   | HAS   | N          | DM2  | N          |
| IDADE  | 19 ANOS   | LEITO | 409-1      | DATA | 26/04/2018 |
| ITEM   | PRESCRIÇÃO  |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |            |      |            |
| 2  | AVP   |       |            |      |            |
| 3  | CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INICIO 20/4/18)   |       |            |      |            |
|  | GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INICIO 23/4/18)          |       |            |      |            |
| 6  | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA |       |            |      |            |
| 7  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |            |      |            |
| 8  | TILATIL 40 MG EV 1X DIA                             |       |            |      |            |
| 9  | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS                  |       |            |      |            |
| 10   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)                   |       |            |      |            |
| 11   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |            |      |            |
| 12   | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |            |      |            |
| 13   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |            |      |            |
| <p><b>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</b></p> |   |       |            |      |            |

NTP  
 13-05-19  
 Administrado  
 medicamentos e pa  
 referendo SSVV  


# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO  
 # CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA     | FC | FR |       |
|----------|--------|----|----|-------|
| 6 H      | 125/64 | 66 | 20 | 35.9  |
| 12 H     | 139/62 | 66 | -  | 36.20 |
| 18 H     | 140/83 | 71 | 19 | 36.40 |
| 24 H     | 109/80 | 79 | 20 | 36.2  |

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR 2009  
 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

13-05-19 administrado medicamentos verificados sinais vitais  


13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Gustavo Barros da Silva Degen

Data: 27, 04, 18 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Tarsozelo (E) + Fratura de 3º 4º 5º MTF

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Autossintese de Fratura de Tarsozelo (E) + Fratura de MTF

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Edson

1º AUXILIAR: Dr. Manoel Mangum

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: Milena

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESIAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Adilson  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1723

Dr. Marcelo Marques  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 151818

RELATÓRIO CIRURGICO

1. Paciente em DDH, use imobilização.  
 2. Ad + CCE + Autossintese de Fratura de Tarsozelo (E)  
 Incisão longitudinal extensorial em tarsozelo (E) + Dúctil por plano distal o fuso  
 + Anhora;  
 Redução com o auxílio de FX com auxílio ao intuído de imoagem + colocação de placa  
 1 superfície + parafusos de 2 parafusos autossintetizáveis;  
 LHC + Sutura de Pele;  
 Incisão longitudinal vale face dorsal de pé (E) + Parafusos de FX  
 de cantos mediano de 3º, 4º e 5º metatarsais;  
 Sutura de pele;  
 Curativo  
 A RPA.

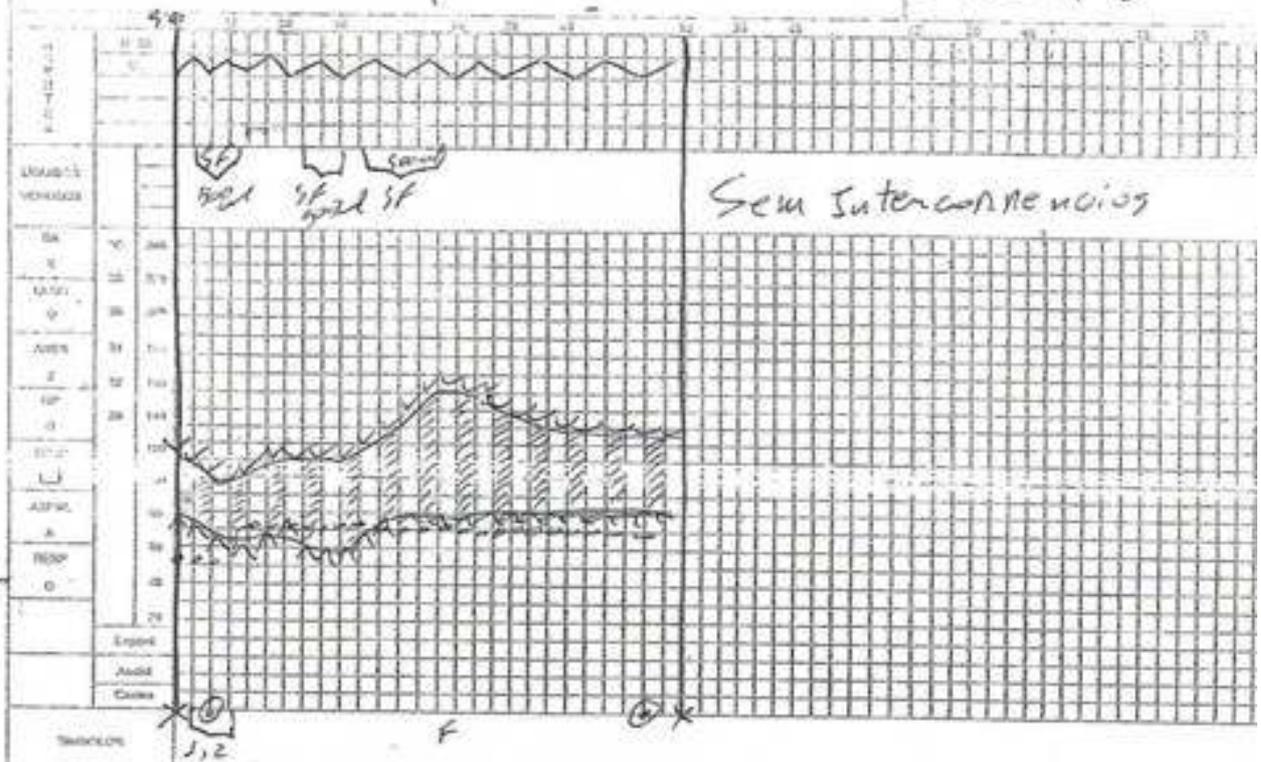
13 JUL. 2018



*Atenção  
 e atualizada  
 ✓ Jeqm 784*

*Gustavo Bruno da Silva Pereira  
 Pastoral 100mg (Sofolpátena)*

*27/04/18*



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <p><i>Prq. Vitamina<br/>                 Hiper Boreca 1kg<br/>                 Subanal 100mg<br/>                 + 50mg</i></p> | <p><i>Fórmula<br/>                 5F, 0,9% - 1500ml</i></p> | <p><i>Procedimento<br/>                 1. Lave + Pise, 3m Falegas<br/>                 2. Infusão de 1-2ml<br/>                 3. 100 - 120 - 140 ml<br/>                 4. 100ml de 5F<br/>                 5. 100ml de 5F</i></p> | <p><i>Procedimento X-Mon. tori para de 100. 10<br/>                 5000; 10 AN. ECG<br/>                 ① Praxysina + 1ml ss epura<br/>                 de K<sup>+</sup> em 1 hora com<br/>                 album 70%. Culo cogoi<br/>                 de 100ml 5F + 100ml<br/>                 com 100ml de 5F e de<br/>                 100ml de 5F + 100ml<br/>                 Cloro, 100ml de 5F<br/>                 Super de Praxysina<br/>                 Hiper Boreca 1kg</i></p> |
|--|--|--|---|

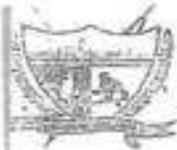
*Diagnóstico  
 Osteomielite fratura e hemiseia L  
 T12 + osteomielite 5° 4° 9° MTT: ①*

*Dr. Álvaro de F. ...  
 Dr. ...  
 Dr. ...*

*ampliar  
 bloqueio de 500 100 /  
 1ml de Sofolpátena  
 ② ceftriaxona 1g IV*

**13 JUL. 2018**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                            |          |              |                  |          |
|----------------------------|----------|--------------|------------------|----------|
| NOME DO PACIENTE           | ID: 1914 | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA     |
| GUSTAVO DAWO SILVA BEZERRA |          | 409.1        | 56               | 27-10-18 |

|                            |        |                  |             |  |
|----------------------------|--------|------------------|-------------|--|
| CIRURGIA                   |        | TEMPO DE DURAÇÃO |             |  |
| TIPO                       | INICIO | FIM              | TEMPO TOTAL |  |
| RMS + OST. FMT. TmZ + FMT. | 9:18   | 10:56            |             |  |

|              |  |                 |  |
|--------------|--|-----------------|--|
| CIRURGIÃO    |  | ANESTESISTA:    |  |
| DR. ILDESSON |  | DR. ADRIAS      |  |
| 1º AUXILIAR  |  | RES. ANESTESIA: |  |
| R2. MARCELO  |  | R1. EMANUEL     |  |
| 2º AUXILIAR  |  | INSTRUMENTADOR  |  |
|              |  | NILSANA         |  |
|              |  | CIRCULANTE      |  |
|              |  | DUANDE          |  |

TIPO DE ANESTESIA: RAQ-E TEMPO DE DURAÇÃO:

| QUANT. | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS                    |
|--------|-----------------------------|-------|-------|---------------------------------|
| 1      | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |       | 1     | FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml |
| 1      | PACOTES GAZE                |       |       | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO    |
| 1      | LUVA ESTERIL 7.0            |       |       | FRASCOS- SORO GLICOSADO         |
| 1      | LUVA ESTERIL 7.5            |       |       | FIO VICRYLNº                    |
| 1      | LUVA ESTERIL 8.0            |       | 1     | FIO MONONYLON Nº 2.0            |
| 1      | LUVA ESTERIL 8.5            |       |       | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |
| 1      | LUVAS P/PROCEDIMENTOS TAM M |       |       | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |
|        | LÁMINA BISTURINº 15         |       |       | FIO CATGUT SIMPLES Nº           |
|        | DRENO DE SUÇÃO Nº           |       |       | FIO CATGUT CROMADO Nº           |
|        | DRENO DE TORAX Nº           |       |       | FIO PROLENE Nº                  |
|        | DRENO DE PL:ROSE Nº         |       |       | FIO SEDA Nº                     |
|        | SERINGA 01ML                |       | 1     | SURGICEL ELETRODOS              |
| 1      | SERINGA 03ML                |       | 1     | CERA PROSSO CATETER 02          |
| 1      | SERINGA 05 ML               |       | 2un   | KIF CATARATANº COLERATIVA DEG.  |
| 1      | SERINGA 10ML                |       | 2un   | GEOFOAM COLERATIVA ALBOLL.      |
| 1      | SERINGA 20ML                |       | 2un   | FITA CARDIACA 4000L 70Y.        |
| 1      | ACUBHO 91 MAG/E N.26        |       | 1     | OUTROS: ATADIM CHEPOM 25cm      |

|  |  |                            |  |       |
|--|--|----------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |  | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |  | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)   | ENFERMEIRA CHEFE<br>DAWDO SUELEN   | MATERIAL MEDICAMENTOS      |  |       |
| FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS   | CIRCULANTE DE SALA<br>Duanda Alves de Siqueira JR<br>Tec. Enfermagem<br>COREN-RR 904.179 | SUB-TOTAL                  |  |       |
|  |  | TAXA DE SALA               |  |       |
|  |  | TAXA DE ANESTESIA          |  |       |
|  |  | SOMA                       |  |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE  |  |                            |  |       |

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY





ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Guilherme Roberto da Silva Borges  
No. protocolo: 11419/2006 Injúria: DE LESÃO

**ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)**  
PACIENTE CONFIRMOU:  
 Identidade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
Anestésico:  Sim  Não

**MARCO CIRÚRGICO**  
 Aplicar  Não se Aplica

**SÍTIO DEMARCADO**  
 Sim  Não  Não se Aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**

**COMENTÁRIO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO**

**O PACIENTE POSSUI:**  
**ALERGIA CONHECIDA**  
 Não  Sim, Qual: \_\_\_\_\_

**HA ALGUMA DIFICULDADE DE ASPIRAÇÃO**  
 Não  Sim, e equipamento/assistência disponíveis

**RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml**  
 Não  Sim, e acesso equivoocado adequado e planejamento  
over fluids

Assinatura: Guilherme Roberto da Silva Borges  
COM 1198  
00008

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ESTADO DE ROYANA,  
ANTES DA INCISÃO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Anestésia: DA ADD-0-45

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO FOME E FUNÇÃO:  Sim  Não

**CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:**  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

**EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:**

**REVISÃO DO CIRURGIÃO:**  
Quests são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:**  
Ha alguma preocupação específica em relação ao paciente

**REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:**  
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade; de esterilização (incluindo resultado do indicador); Ha questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

**A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.**  
 Não se aplica  Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**AS IMPLANTES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.**  
 Não se aplica  Sim

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SALIDA (Sala Pós-Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  Sim  Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS SÃO CORRETAS  Sim  Não  Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  Sim  Não  Não se Aplica

SE HA ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  Sim  Não

**O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE**  
 Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura: Guilherme Roberto da Silva Borges  
Entrevista  
Com 1198  
00008





ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INICIAÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INICIAÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Quilvano Paulo Silva Aguiar  
Residência Cirúrgico: em outro hospital

Anestésico: Dr. Cima Paula

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica  Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- Sim  Não  Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI

ALERGIA CONHECIDA

- Não  Sim, Quant: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/MISCÔ DE ASPIRAÇÃO

- Não  Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- Não  Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Com fluidos

Assinatura: [Assinatura]  
Data: 15/10 Hora: 12:30

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:  Sim  Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:  Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:  Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO:  Sim  Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS:  Sim  Não  Não se Aplica
- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE):  Sim  Não  Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO:  Sim  Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECEPÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE:  Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura e Carimbo: [Assinatura]  
Data: 13/07/2018





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SI  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Emiliano Bruno da Silva Pereira 20 AN

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/04/18

DIAGNÓSTICO DE Fx tornozelo + instabilidade + rotula (L)

NO DIA 05/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE Artroscopia de TNE e Fx do patela

OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Viviano Fyfe

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18 ÀS 17:00h E COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18 ÀS 14:00h COM DR. Da Palha Jr

Segue 60 dias de afastamento do trabalho e  
atuação do médico com o

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 ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Edson Gomes, S/N  
Novo Planalto - RR 65200-000  
ALTA MÉDICA  
MAY 2018  
Certifico que o paciente apresenta  
cópia e 2ª Reprodução Original  
do presente documento.

PACIENTE REQUER ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Montenegro

Dr. Thiago Muniz  
Médico-Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2009

BOA VISTA, 07/05/18

MÉDICO 07/05/2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
DIRETRIA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFICAD. NO. (BRAS/DIR) 114807 2211 98

CPF: 283.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

FUNÇÃO: JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OMNIA IACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO:  CONDUTOR  ACC.  CAT. INF. AM

PROBACAO: 01/019,2304 VALOR: 29/01/2021 VALIDACAO: 15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 980151096

CH. DIR. AC. 300

LOCAL: BOA VISTA - SO. AIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616  
78207968020

980151096

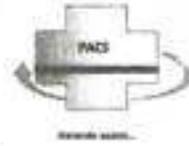
DETRAN - DIRETRIA NACIONAL DE HABILITACAO





## EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA  
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150  
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



### RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

### RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE O PACIENTE SR. GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA RG-364881-8 SSP/RN FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO TENDO COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FIBULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E FRATURA DE 3º - 5º METATARSO (E). FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO + CONTROLE AMBULATORIAL. ENCONTRA-SE FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTÁ IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS.

Dr. Luiz da Silva  
Médico  
RNM-29/2015

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 04/10/18



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

**FICHA DE ATENDIMENTO**

UNIDADE: **BAVO 5** EQUIPE: **Nilton / Jadilson**

Paciente: **Gustavo Bruno da Silva Bezerra** Idade: **19** Sexo: **M**

Nacionalidade: **Brasileira** Raça:  Branca  Negra  Parda  Amarela  Indígena

Endereço: **Benito Gonçalves**

Ponto de referência:

DIAGNÓSTICO: Nº da Ocorrência: **6898** DATA: **20/04/2018** ACIONAMENTO: **18:53**  
Médico (a) Regulador (a): **Heloisa** HORA CHEGADA NO LOCAL (P18):

MOTIVO:  SÓFONO  TRANSPORTE  REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR  AFECÇÃO  OUTROS

**MECANISMO DE TRAUMA**

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>AUTOMÓVEL</b>   | <b>MOTOCICLETA</b>  | <b>VIOLÊNCIA</b>   | <b>OUTROS</b>   |
| <input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Colisão X<br><input type="checkbox"/> Multicida<br><input type="checkbox"/> Transposição Elevada<br><input type="checkbox"/> Transposição Inversa | <input type="checkbox"/> Uso do cinto   <input type="checkbox"/> SIM   <input checked="" type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> Vidro perfurado<br><input type="checkbox"/> Vidro encarcerado<br><input type="checkbox"/> Air Bag<br><input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto X <b>Moto</b><br><input type="checkbox"/> Queda de móvel<br><input type="checkbox"/> Bicicleta<br><input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta | <input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Espancamento<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual | <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho<br><input type="checkbox"/> Local<br><input type="checkbox"/> Duplo<br><input type="checkbox"/> Queda Alt. Apoi.<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstico<br><input type="checkbox"/> Quedada de Apatite<br><input type="checkbox"/> Agressão por animal<br><input type="checkbox"/> Outros |

**AVALIAÇÃO INICIAL**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Vias Aéreas</b>   | <b>Ventilação</b>  | <b>Circulação</b>  | <b>Sinais Neurológicos</b>   |
| <input type="checkbox"/> Aberto<br><input type="checkbox"/> Indistinto<br><input type="checkbox"/> Delatado<br><input checked="" type="checkbox"/> Esperto<br><input type="checkbox"/> Obstruído<br><input type="checkbox"/> Semi-Híbrido<br><input type="checkbox"/> Tapado | <input type="checkbox"/> Abonda<br><input type="checkbox"/> Fenda Asprática<br><input type="checkbox"/> Hipertenso<br><input type="checkbox"/> M.V. Ausente<br><input type="checkbox"/> M.V. Diminuído<br><input type="checkbox"/> Mucosa? | <input type="checkbox"/> Anódica<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar - 2s<br><input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> AVLM<br><input type="checkbox"/> LNV<br><input type="checkbox"/> MAVE<br><input type="checkbox"/> MAVE<br><input type="checkbox"/> Arterio-ria<br><input type="checkbox"/> Alterado |

**SINAIS VITAIS E ESCORES**

| Hora  | P.A mmHg | F.C bpm | F.R. Mov | Sat O <sub>2</sub> % | Temp. °C | Esc. com. oral PMA "DAR" | Glicose | Pr. Urin |
|-------|----------|---------|----------|----------------------|----------|--------------------------|---------|----------|
| 18:53 | 120/80   | 84      | 20       | 99                   |          |                          |         |          |

**AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA**

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <b>Cabeça</b>   | <b>Face</b>   | <b>Pescoço</b>  | <b>Tórax</b>   | <b>Extrem</b>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Abundante<br><input type="checkbox"/> Confusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Esc. Penetrante<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Laceração<br><b>Coluna Dorsal</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input checked="" type="checkbox"/> Dor Lmc<br><input type="checkbox"/> Deformidade | <input type="checkbox"/> Confusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Entesmo ocular | <input type="checkbox"/> Drenos da traqueia<br><input type="checkbox"/> Edema Sub Cutâneo<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Lacerações | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Hesp. parietal<br><input type="checkbox"/> Tamponamento<br><input type="checkbox"/> Tórax Insuflet | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações |

**AVALIAÇÃO CARDÍACA**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Regularidade<br><input type="checkbox"/> Ritmo-ritmo<br><input type="checkbox"/> Ritmo | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial<br><input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular<br><input type="checkbox"/> Assintótica |
|---|---|

**AFECÇÃO CLÍNICA**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Aberto<br><input type="checkbox"/> Digestiva<br><input type="checkbox"/> Infecçosa<br><input type="checkbox"/> Obstétrica<br><input type="checkbox"/> Pedúrica |
|--|---|

**HISTÓRIA PEGRESSA**

Medicamentos em uso

**GRAVIDADE COMPROVADA**

NULO  PEQUENA  MÉDIA  OBITO  INCERTIDINÁRIA

**INCIDENTE**

Não se encontrava no local  
 Não se encontrava no local  
 Não se encontrava no local

**TCOP**

Não realizado  
 RCP com sucesso  
 RCP sem sucesso

**SINAIS**

Grande Trauma - GT  
 Hosp. Coronel Mota - HCM  
 Pol. Coronel Silva - PCC  
 Hosp. Santa Rosa - Santa Rosa  
 Hosp. Santa Rosa - Santa Rosa

**MULTIPLAS MEDIAS ASSIGNADAS**

Guarnição Municipal  
 Bombeiros  
 TDE TIAM

**DOCUMENTO ORIGINAL**

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

**30/05/18**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY

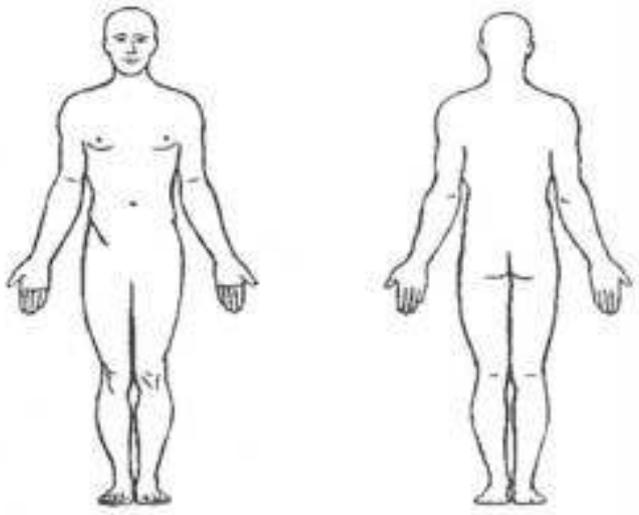
13 JUL. 2018

|                        |  |
|------------------------|--|
| CIÉPAENRTE<br>CE<br>DO | Descrição:   |
|                        | Nome do Receptor:  |
|                        | Função do Receptor:  |
|                        | Assinatura do Receptor:  |
| TERMO DE<br>RECUSA     | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade. |
|                        | Assinatura do Paciente: _____ RG: _____  |

CONFERE COM O ORIGINAL

| GESTANTE  |                         | MATERIAL E MEDICAÇÃO |
|---|-------------------------|----------------------|
| IG p/ semana _____  | Movimentos fetais _____ |                      |
| Perda de líquido _____  | BCF _____               |                      |
| <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão |                         |                      |

|                            |                           |          |
|----------------------------|---------------------------|----------|
| Atenção Oral (O)           | Exponção                  | 4 pontos |
|                            | Estímulo verbal           | 3 pontos |
|                            | Estímulo tátil            | 2 pontos |
|                            | Sem resposta              | 1 ponto  |
| Stefas Resposta Motora (M) | Obedece a comandos        | 6 pontos |
|                            | Levanta dor               | 5 pontos |
|                            | Hipótonia (relaxada)      | 4 pontos |
|                            | Tensão normal (relaxação) | 3 pontos |
|                            | Extensão (hiperextensão)  | 2 pontos |
|                            | Sem resposta (flacidez)   | 1 ponto  |
| Resposta Verbal (V)        | Orientado                 | 5 pontos |
|                            | Confuso                   | 4 pontos |
|                            | Palavras inapropriadas    | 3 pontos |
|                            | Sem incompreensões        | 2 pontos |
|                            | Sem resposta              | 1 ponto  |
| <b>TOTAL DE PONTOS</b>     |                           |          |



**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

Paciente Jovem 19A. condutor de motocicleta LOTE. REFERINDO MUITA DOR LOCALIZADA EM MÃO DA NATUREZA de lesão Moh com neuro. APRESENTA LACERAÇÃO em calcâneo e tornozelo esquerdo "Fratura de " Sinistrop classificado como "IMV" SAMU - BOMBEIROS. vítima foi Refrigera, com C-CER MOBILIZAÇÃO DE MIE E MSE " Provável Luxação Função Esq. Aferidos SSUV. comunicados Ao Médico Requirido e encaminhado Ao Grande Trauma.

DOCUMENTO ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL

*[Handwritten signature]*  
 Al. [Handwritten name]  
 Nome do paciente - SAMU-RA  
 Data de [Handwritten date] 30/05/18.

*[Handwritten signature]*  
 Assinatura e carimbo do profissional

13 JUL. 2018



20/04/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

**BLOCO D**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

NHE  
 M<sup>o</sup> Edilson M. Gonçalves  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN RR 859.996 TE

|  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|---|-----------------|--|
| 1800939398   |  | 20/04/2018 19:47:20                          |  | FICHA DE ATENDIMENTO   |  | TRAUMATOLOGIA                  |  | NOTURNO 19-  |   | 11              |  |
| Paciente   |  |  |  | Data Nascimento  |  | Idade                          |  | CNS  |   | CPF             |  |
| GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA  |  |  |  | 15/09/1998   |  | 19 A 7 M 5 D                   |  |  |   |                 |  |
| Tipo Doc   |  | Documento                                    |  | Órgão Emissor  |  | Data Emissão                   |  | Sexo   |   | Estado Civil    |  |
| IGNORADO   |  | NAO  |  | INFORMADO  |  |                                |  | M  |   | SOLTEIRO(A)PARD |  |
| Mãe  |  | INFORMADO                                    |  | Pal  |  | Naturalidade                   |  | BOA VISTA - RR   |   | Nacionalidade   |  |
| MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA   |  |  |  | NI   |  |                                |  | Boa Vista - RR   |   | BRASILEIRA      |  |
| Endereço   |  | RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Class. de Risco  |  | Plano Convênio                               |  | N° da Carteira   |  | Validade                       |  | Autorização  |   | Sis Prenatal    |  |
|  |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                 |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Motivo do Atendimento  |  | Caráter do Atendimento                       |  | Profissional do Atend.   |  | Procedência                    |  | Temp.  |   | Peso            |  |
| ACIDENTE DE MOTO   |  | URGÊNCIA                                     |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Setor  |  | Tipo de Chegada                              |  | Procedimento Sol.  |  |                                |  |  |   | Registrado por: |  |
| GRANDE TRAUMA  |  | SAMU CAPITAL                                 |  |  |  |                                |  |  |   | LEILSON.SOUSA   |  |
| Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue<br><i>Acidente MOTO</i>  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Anamnese de Enfermagem   |  |  |  |  |  |                                |  | GSC  |   | TOTAL           |  |
|  |  |  |  |  |  |                                |  | AC:1234 RV:12345 MRV:123456  |   |                 |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <i>Fratura em MTE e MSE</i>  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Exame Físico   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <i>BECLOTE ASS NEUROS</i>  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Hipótese Diagnóstica   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <i>Poltrauma</i>   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| SADY - Exames Complementares   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| PRESCRIÇÃO   |  |  |  |  |  | APRAZAMENTO                    |  |  | OBSERVAÇÃO  |                 |  |
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ③ Ceftriaxone 1gr EV   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ④ FOS sul I M  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ⑤ Fentanil 20 Ug EV  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| DR. João Henrique<br>CRM RR 13.123<br>20 ABR 2018  |  |  |  |  |  |                                |  |  | EDILSON GONÇALVES DE OLIVEIRA<br>TÉCNICO EM ENFERMAGEM<br>COREN-RR 859.996 TE |                 |  |
| Condução   |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Révelia<br><input type="checkbox"/> Transferência para:  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: |  |                                |  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N<br>Novo Manato Tel (95) 2121-0620<br>AUTENTICAÇÃO<br>15 ABR 2018 |   |                 |  |
| óbito  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica  |  |  |  |  |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável  |  |  |  |  |  | Carimbo e Assinatura do Médico |  |  |   |                 |  |
| Impresso por: leilson.sousa<br>Data Hora: 20/04/2018 19:48:23  |  |  |  |  |  | DOCUMENTO ORIGINAL             |  |  |   |                 |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY

|   |  |   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
| Sistema<br>União de<br>Saúde  |  | Município<br>de<br>Saúde                              |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO<br>DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |  |  |
| 1 - NOME DO PACIENTE  |  | 2 - NOME DO ENDEREÇO DO ENDEREÇO DE SAÚDE ENQUANTANTE |  | 3 - CID   |  | 4 - CID  |  |
| H62   |  | H62   |  |   |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |  |   |  | 6 - Nº DO PROFISSIONAL  |  | 7 - SÉRIE  |  |
| 8 - NOME DO PACIENTE  |  |   |  | 165295  |  |  |  |
| 9 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  |  |   |  | 10 - DATA DE NASCIMENTO   |  | 11 - SEXO  |  |
| 21014181091078377445  |  |   |  | 15/09/1998  |  | MASC   |  |
| 12 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  |  |   |  | 13 - TELEFONE DO CONTATO  |  | 14 - CID   |  |
| Maria da Conceição Silva Bezerra  |  |   |  | 95 9911 4117 1519   |  |  |  |
| 15 - ENDEREÇO (CASA, Nº, FUBROS)  |  |   |  | 16 - CIDAD. DO MUNICÍPIO  |  | 17 - CEP   |  |
| R. Celso 89, Cambaia  |  |   |  | R.2   |  |  |  |
| 18 - NOME DO RESPONSÁVEL  |  |   |  | 19 - CID  |  | 20 - CID   |  |
| Boc Jisto   |  |   |  |   |  |  |  |
| 21 - CID - CID-10 DA INTERNAÇÃO   |  |   |  |   |  |  |  |
| Anamne d. f+lx. Exp. Taz.   |  |   |  |   |  |  |  |
| 22 - CONDIÇÕES QUE ATRIBUAM A INTERNAÇÃO  |  |   |  |   |  |  |  |
| Tio amador  |  |   |  |   |  |  |  |
| 23 - HISTÓRIA* RESULTADO DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |   |  |   |  |  |  |
| Anamne + Ex. f+lx   |  |   |  |   |  |  |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO   |  |   |  |   |  |  |  |
| f+lx Exp. Taz.  |  |   |  |   |  |  |  |
| 25 - PROCEDIMENTO SOLICITADO  |  |   |  |   |  |  |  |
| Tio amador f+lx Exp. Taz  |  |   |  |   |  |  |  |
| 26 - CLÍNICA  |  | 27 - CID-10 DA INTERNAÇÃO                             |  | 28 - DOCUMENTO  |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CHS/CV) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  |
| Ortop   |  | L46612  |  | 104   |  | 104  |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                |  |   |  | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |  | 32 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  |  |
| Dr. Paulo   |  |   |  | 12/03/2018  |  | [Assinatura]   |  |
| FREQUÊNCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                   |  |   |  |   |  |  |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO   |  | 34 - CID-10 DA INTERNAÇÃO                             |  | 35 - Nº DO BILHETE  |  | 36 - SÉRIE   |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  |  | 37 - CID-10 DA INTERNAÇÃO                             |  | 38 - Nº DO BILHETE  |  | 39 - SÉRIE   |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO   |  | 38 - CID-10 DA INTERNAÇÃO                             |  | 39 - Nº DO BILHETE  |  | 40 - SÉRIE   |  |
| 40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  |  | 41 - Nº DO BILHETE                                    |  | 42 - Nº DO BILHETE  |  | 43 - Nº DO BILHETE                                     |  |
| 41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  |  | 43 - Nº DO BILHETE                                    |  | 44 - Nº DO BILHETE  |  | 45 - Nº DO BILHETE                                     |  |
| 40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |  |   |  | 41 - Nº DO BILHETE  |  | 42 - Nº DO BILHETE                                     |  |
| [Assinatura]  |  |   |  | 104   |  | 104  |  |
| 45 - DOCUMENTO  |  |   |  | 46 - Nº DOCUMENTO (CHS/CV) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR            |  | 47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO                   |  |
| 104   |  |   |  | 104   |  | 0408050578   |  |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |  |   |  | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO                              |  | 50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO                   |  |
| 12/03/2018  |  |   |  | 12/03/2018  |  | 5826   |  |
|   |  |   |  |   |  | 12/03/2018   |  |

HOSPITAL GERAL DE ROANINA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - RJ (95) 21-0520  
**AUTENTICAÇÃO**  
14 MAR 2018  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

**DOCUMENTO ORIGINAL**

0408050578  
5826  
12/03/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

*Estômago*

DATA: *21, de, 18* OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *f + Lt Esp. Tuz*  
INDICAÇÃO CLÍNICA: *Tro cirurgico*  
LE INTERVENÇÃO: *Tro cirurgico f + esp. Tuz*  
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: *Ø*  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O Mesmo*

CIRURGIÃO: *Dr. Pedro* 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

*Dr. Pedro D. Guimarães*  
*Ortopedia - Traumatologia*  
*CRM / RR 1615*

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em ASA SOB Plano Anestésico  
2) Antiseptia + Assepsia + Lavagem  
3) Linc. taxística 10L. 50, 97.  
4) Fixação externa transarticular. 1º e 2º pontos  
5) protensão da barra  
6) Curativo  
7) Av. PDA.

DOCUMENTO ORIGINAL

*Dr. Manoel*  
Médico Especialista  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - RR 1615

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
*13 JUL 2018*  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital.

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY







SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Juriano Dunes Silva Pereira

13 JUL. 2018

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

nome: 21104118

idade: 39 anos

sexo: M

estado civil: solteiro

profissão: professor

diagnóstico: prostatite

urgência: NO

**TRANSOPERATÓRIO**

| Entrada na Sala | Início da Cirurgia | Início Anestesia | Término Cirurgia | Saída S.O. |
|-----------------|--------------------|------------------|------------------|------------|
| 00:20           | 00:30              | 00:22            | 2:35             | 2:40       |

**Localização**

Localização: SRPA

**Legenda**

1. Eletrodos  
 2. Osímetro  
 3. PVC  
 4. Placa de Elettro  
 5. Sonda  
 6. Cateter  
 7. Vendelão  
 8. Dreno  
 9. SNG  
 10. Fio de Sarraceni  
 11. Outros: \_\_\_\_\_

**Entrada**

| Entrada | CI | SNG | Dreno | Duração | Saída | SNG | Outros |
|---------|----|-----|-------|---------|-------|-----|--------|
| IV      |    |     |       |         |       |     |        |
| NV      |    |     |       |         |       |     |        |

**Saída**

| Saída | SNG | Outros |
|-------|-----|--------|
|       |     |        |

**Outros dados**

Estado físico: boa

Estado emocional: estável

Alimentação: normal

Medicamentos: sem

Exames: sem

Outros: sem

**Legenda de procedimentos**

1. Sondagem da próstata  
 2. Anestesia geral  
 3. Sonda nasogástrica  
 4. Cateter vesical  
 5. Vendelão  
 6. Dreno  
 7. SNG  
 8. Fio de Sarraceni  
 9. Outros: \_\_\_\_\_





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|   |                            |                  |                         |
|---|----------------------------|------------------|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Gustavo Bruno Silva Lyra</i> | APT OU LEITO<br><i>5.1</i> | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA<br><i>21 10/18</i> |
|---|----------------------------|------------------|-------------------------|

|  |                        |                     |             |
|--|------------------------|---------------------|-------------|
| TIPO<br><i>Ext. Fratura exposta pé direito</i> | CIRURGIA               |                     |             |
|  | TEMPO DE DURAÇÃO       |                     | TEMPO TOTAL |
|  | INICIO<br><i>10:30</i> | FIM<br><i>02:35</i> |             |

|                               |                                   |                   |                |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------|
| CIRURGIÃO<br><i>Dr. Pedro</i> | EQUIPE MÉDICA                     |                   |                |
| 1º AUXILIAR                   | ANESTESISTA:<br><i>Dr. Michel</i> | RES. ANESTESIA:   | INSTRUMENTADOR |
| 2º AUXILIAR                   | CIRCULANTE<br><i>Fabio</i>        | TEMPO DE DURAÇÃO: |                |

| QUANT.                              | MATERIAIS                       | VALOR | QUANT                               | MEDICAMENTOS                 | VALOR |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------|-------------------------------------|------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.     |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACOTES GAZE                    |       |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.0                |       |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.5                |       |                                     | FIO VICRYL <sup>®</sup>      |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.0                |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 3 / 2.0     |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.5                |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/PROCEDIMENTOS M         |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURIN <sup>®</sup> 15 |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |       |
|                                     | DRENO DE SUÇÃO Nº               |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº        |       |
|                                     | DRENO DE TORAX Nº               |       |                                     | FIO PROLENE Nº               |       |
|                                     | DRENO DE PENROSE Nº             |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FIO SEDA Nº <i>1.5</i>       |       |
|                                     | SERINGA 01ML                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | SURGICEL <i>1.5</i>          |       |
|                                     | SERINGA 03ML                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | GERA P/OSSO <i>1.5</i>       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML                   |       |                                     | KFF CATARATAN <sup>®</sup>   |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 10ML                    |       |                                     | GEOFOAM <i>1.5</i>           |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 20ML                    |       | <input checked="" type="checkbox"/> | FITA CARDIACA                |       |
| <i>10ml</i>                         | <i>Alcool 70%</i>               |       | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <i>1.5</i>           |       |

|  |                                    |                            |  |       |
|--|------------------------------------|----------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |  | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)<br><i>Siro</i>  | ENFERMEIRA CHEFE<br><i>Almeida</i> | MATERIAL MEDICAMENTOS      |  |       |
| ACIONÁRIO/CALCULOS   | CIRCULANTE DE SALA<br><i>Fabio</i> | SUB-TOTAL                  |  |       |
|  |                                    | TAXA DE SALA               |  |       |
|  |                                    | TAXA DE ANESTESIA          |  |       |
|  |                                    | SOMA                       |  |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE  |                                    |                            |  |       |

DOCUMENTO ORIGINAL

INSTITUTO GOIANO DE REGISTRO  
 Av. Sarg. Estanislau Gomes, 274  
 Novo Planalto - GO (93) 2121-062  
 AUTENTICAÇÃO  
 13 JUL 2018  
 Certifico e Dou Fé a presente  
 cópia e da Reprodução Original  
 que foi apresentado neste Hósp

13 JUL. 2018

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: \_\_\_\_\_  
Ra. responsável Cirurgião: \_\_\_\_\_

**ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento
- Sim
- Não

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

SÍTIO DEMARCAÇÃO

- Sim
- Não
- Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

EXAMENHO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- Não
- Sim, Quant: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento  
em relação a estes riscos

Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: 11/04/20

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: \_\_\_\_\_

**PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)**

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento em relação a estes riscos

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

**DOCUMENTO ORIGINAL**

OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA: 13 JUL 2018

SAÚDE (Sala Pós-Operatório)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA E ENFERMAGEM VERBALMENTE COM A EQUIPE CIRÚRGICA:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



4  
 409  
 1

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

|   |   |       |            |      |            |
|---|---|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO  | 20/04/2018  | DIH   | 22/04/2018 | DN   | 15/09/1998 |
| PACIENTE  | GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                      |       |            |      |            |
| AGNÓSTIC  | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO              |       |            |      |            |
| ALERGIAS  | N   | HAS   | N          | DM2  | N          |
| IDADE   | 19 ANOS   | LEITO | 409-1      | DATA | 26/04/2018 |
| ITEM  | PRESCRIÇÃO  |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1   | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |            |      |            |
| 2   | AVP   |       |            |      |            |
| 3   | CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)   |       |            |      |            |
|   | GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)          |       |            |      |            |
| 6   | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA |       |            |      |            |
| 7   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |            |      |            |
| 8   | TILATIL 40 MG EV 1X DIA                             |       |            |      |            |
| 9   | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS                  |       |            |      |            |
| 10  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)                   |       |            |      |            |
| 11  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |            |      |            |
| 12  | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |            |      |            |
| 13  | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |            |      |            |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>                 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>                 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>                 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |   |       |            |      |            |

NTP  
 13 às 19  
 Administrado  
 medicamentos e por  
 agente SSVV.  
 Inês Maria de Azevedo  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/RR 31727/17

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO  
 # CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA     | FC | FR |       |
|----------|--------|----|----|-------|
| 6 H      | 125/64 | 66 | 20 | 35.9  |
| 12 H     | 135/62 | 66 | -  | 36.20 |
| 18 H     | 140/53 | 73 | 19 | 36.40 |
| 24 H     | 109/80 | 79 | 20 | 36.2  |

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR 2009  
 Médico Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

19 às 07 administrado medicamentos verificados sinais vitais



13 JUL. 2018

|   |                                |   |   |            |
|---|--------------------------------|---|---|------------|
|    | Sistema Único de Saúde         | Ministério da Saúde   | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |            |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE  |                                | 2 - CIES  |   |            |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE   |                                | 4 - CIES  |   |            |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |                                | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO  |   |            |
| 7 - NOME DO PACIENTE<br><i>Guilherme Diniz da Silva Beguma</i>  |                                | 8 - SEXO  |   |            |
| 9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  |                                | 10 - CID DE RESIDÊNCIA  |   |            |
| 11 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  |                                | 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE   |   |            |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)   |                                | 14 - CID DO MUNICÍPIO   |   |            |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  |                                | 16 - UF   |   |            |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>  |                                |   |   |            |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Fratura + deslocamento de tornozelo (E) + Fraturas de 3º, 4º e 5º metatarsais.</i> |                                |   |   |            |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Tratamento Cirúrgico</i>   |                                |   |   |            |
| 19 - FÓRMULAS RECEITAS DE FARMACOS E PROCEDIMENTOS (PRESCRITOS EM EXAMES REALIZADOS)<br><i>RX</i>                                   |                                |   |   |            |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO<br><i>FX de Luxação de Tornozelo (E) + FX de 3º, 4º e 5º MTT</i>                                      |                                |   |   |            |
| 21 - CID DO PRINCIPAL 22 - CID DO SECUNDÁRIO 23 - CID DO CAUSADOR   |                                |   |   |            |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>  |                                |   |   |            |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Platibiontina de FX de Tornozelo (E) + 3º, 4º, 5º MTT (E)</i>                       |                                | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO   |   |            |
| 26 - CLÍNICA  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO     | 28 - DOCUMENTO ( ) ORS ( ) ORF  | 29 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE    |            |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><i>J. Johnson / Marcelo Marques</i>   |                                | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>24/04/18</i>   |   |            |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>   |                                |   |   |            |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO   | 36 - CNPJ DA SEGURADORA        |   | 37 - Nº DO BILHETE  | 38 - SÉRIE |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  | 39 - CNPJ EMPRESA              |   | 40 - CNIE DA EMPRESA  | 41 - CBOE  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO   | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA |   |   |            |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESSEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO   |                                |   |   |            |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>  |                                |   |   |            |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |                                | 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><i>0415030013</i>                |   |            |
| 44 - CID, ÓRGÃO EMISSOR   |                                | 45 - Nº DOCUMENTO (TÍTULOS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br><i>0408050578 - 5826</i> |   |            |
| 47 - DOCUMENTO ( ) ORS ( ) ORF  |                                | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>0408050462 - V299</i>  |   |            |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>13 JUL 2018</i>  |                                | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br><i>77425 5977</i>         |   |            |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.141/2006  
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Guilherme Barros da Silva Bezerra

Data: 27/04/18

OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de Tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º, 5º MTT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Autossintese de Fratura de Tornozelo (E) + Autossintese de metatarso

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Dr. Belenizete de Souza  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 17.73

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 19789/R

CIRURGIÃO: Dr. Elderson

1º AUXILIAR: Dr. Marcelo Marques

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA: Miliana

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente em RPA, não seguradora;
- AA + CCE + Autossintese de Fratura de Tornozelo (E)
- Incisão longitudinal extensora em tornozelo (E) + Dúctil por plausi até a fossa anterior;
- Redução exata de FX com oxiho ao intertendão de sinossem + colocação de placa definitiva + parafusos de 2 parafusos autoprogramados;
- LAC + Sutura de Pele;
- Incisão longitudinal vale fossa dorsal de pé (E) + Parafusos de FK de cantonele modicópio de 3º, 4º e 5º metatarso;
- Sutura de pele;
- Curativo
- ARPA.

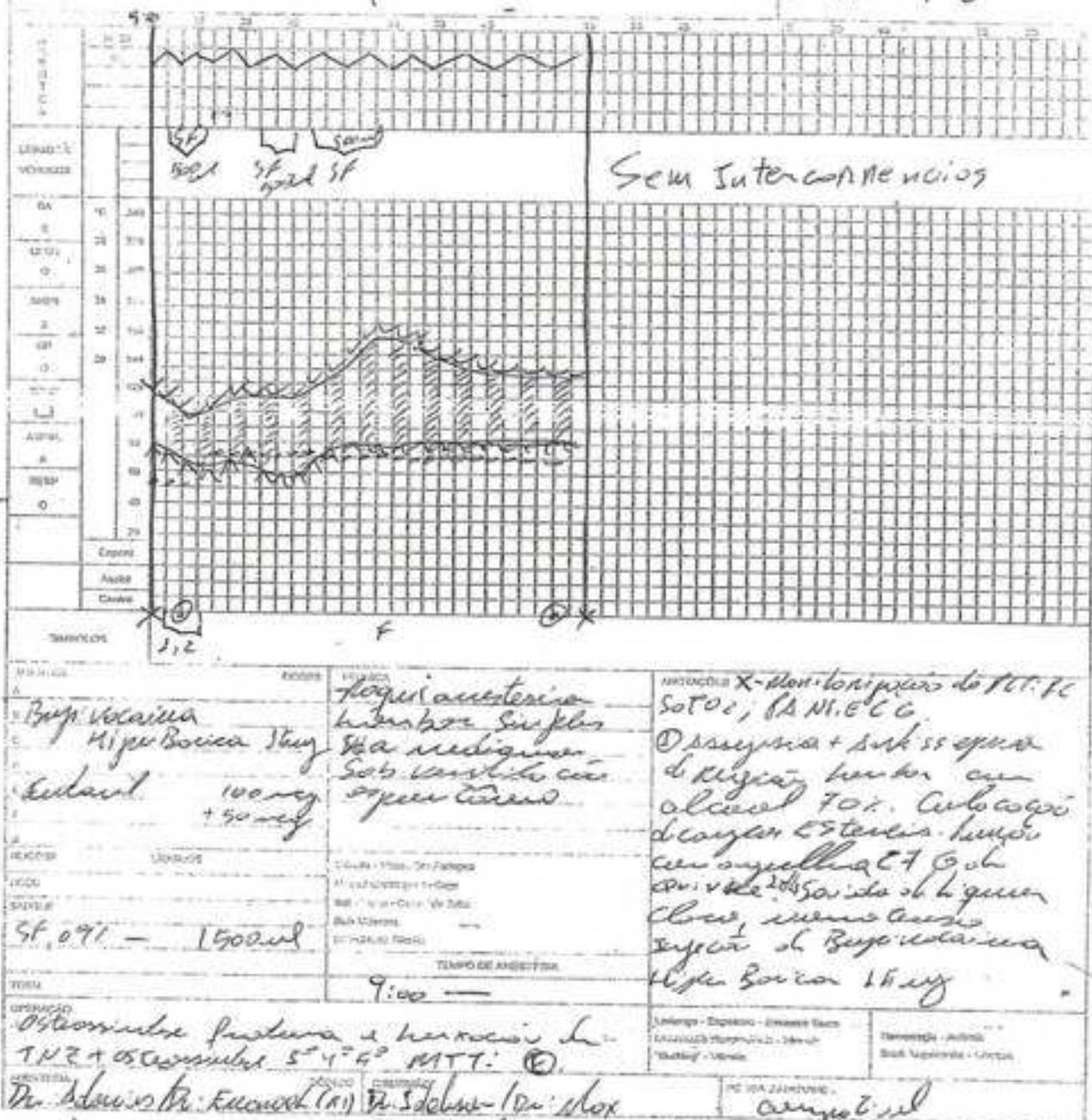
13 JUL. 2018



*Estuquio*  
*de amarelo*  
*✓ Jogo 28h*

*Giostato Bruno da Silva Travenca*  
*Paciente 100mg (Sofosbuvir)*

*27/04/18*



|                |                       |                   |               |             |  |
|----------------|-----------------------|-------------------|---------------|-------------|--|
| <i>Próprio</i> | <i>100mg</i>          | <i>+ 50mg</i>     | <i>1500ml</i> | <i>9:00</i> | <i>Atenção X-DON-TORIPICORIO DE TET. TC SOTOC, DANIECC</i> |
| <i>Próprio</i> | <i>Hiperbarica 1h</i> | <i>Sofosbuvir</i> | <i>100mg</i>  | <i>9:00</i> | <i>Atenção X-DON-TORIPICORIO DE TET. TC SOTOC, DANIECC</i> |
| <i>Próprio</i> | <i>100mg</i>          | <i>+ 50mg</i>     | <i>1500ml</i> | <i>9:00</i> | <i>Atenção X-DON-TORIPICORIO DE TET. TC SOTOC, DANIECC</i> |

*Diagnóstico: Osteomielite fratura e hernia L1-L2 + osteomielite 5º-4º MTT: (C)*

*Dr. Adilson de F. Escobar (R1) Dr. Sotero Loureiro*

*Dr. Sotero Loureiro*

*atenuado*

*Zigarelis 5mg 1x1 /*

*medica Sofosbuvir*

*(C) Aftroxona 1g IV*

*A*

*13 JUL. 2018*



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/07/18 O.S. \_\_\_\_\_

*Guilherme Bueno*  
*J. Luis Bezerra*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de patela + lesão do complexo do HLA

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de patela + revisão do complexo do HLA

TIPO DE INTERVENÇÃO: Hó cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Vitor M. Dr. Vitor M. Santos 1º AUXILIAR: Bruno F. Santos

2º AUXILIAR: Juarez INSTRUMENTADORA: Pablo

3º AUXILIAR: Dr. Pablo ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Pac em DUH sob plano anestésico

2) compressa + ant:supra + colocação de compressa estéril.

3) Incisão em nível da topografia de Pablo

4) localizar de fr de patela + após o mesmo

5) Incisão lateral em nível de fr de patela + localizar de fr de patela

6) remoção de placa de ant:supra + remoção de fr de patela

7) fr de patela + remoção de placa de ant:supra + remoção de fr de patela

8) controle com sutura + controle de hemorragia

13 JUL 2018



### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Luiz Paulo Bruno P. da Silva*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Infarto do miocárdio  
Revisão de episódios de TAV*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*TAV e infarto*

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

*Rx + ECG normal*

20 - DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO

*Infarto do miocárdio e Revisão de episódios de TAV*

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Operatório de TAV / Revisão de episódios de TAV*

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*05/05/18*

#### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BÔNUS

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAT DA EMPRESA

41 - CROP

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VEÍCULO COM PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

LAPOSDADO

NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

#### AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. Órgão Emissor

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

*0408050527-582  
V299*

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*05/05/18*

*[Assinatura]*

4 3 111 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjr.jus.br/projudi - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY






**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - S**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Everson Bruno da Silva Pereira 20 AN  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20 104 18  
 DIAGNÓSTICO DE FX tornozelo + mult. ab. 2111 + patela (L)  
 NO DIA 25 1 05 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO D  
Abertura de TAC e FX de patela SE  
 OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Everson Pereira  
 RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 1 05 18 ÀS 17:00h  
 COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
 CORONEL MOTA NO DIA 17 1 05 18 ÀS 14:00h COM  
 DR. Dr. Paulo Jr  
Seguir 60 dias de afastamento do trabalho  
Atenção aos cuidados com o

**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 ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Edson de Góes, S/N  
 Novo Plano - CEP 69221-000  
 ALTA HOSPITALAR  
 07.01.2018  
 Certificar - Dou Fe - e presente  
 cópia e 2ª Replicação Original  
 para o Departamento de Estatística

PACIENTE RECIBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. João Alves

Dr. Thiago Muniz  
 Médico-Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2009

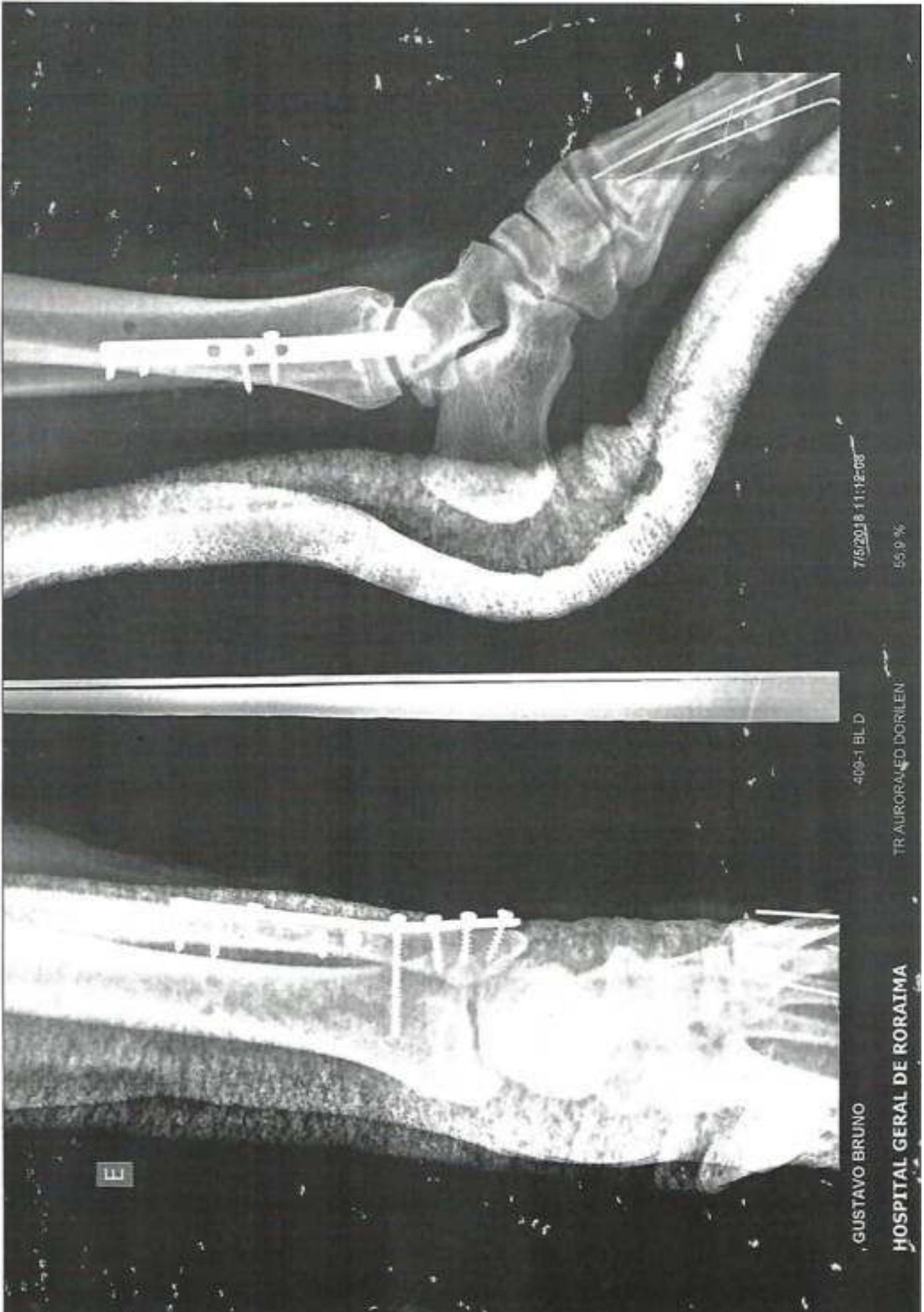
BOA VISTA, 07 1 05 18

MÉDICO ..... 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY









20/04/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

# BLOCO D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

NHE  
Dr. Edelson M. Barbosa  
Téc. em Enfermagem  
COREN RR 13414  
HGR

|  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
|--|--|------------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|--|---|-----------------|--|
| 1800930398   |  | 20/04/2018 19:47:20          |  | FICHA DE ATENDIMENTO                          |  | TRAUMATOLOGIA                  |  | NOTURNO 19-  |   | 11              |  |
| Paciente   |  |                              |  | Data Nascimento                               |  | Idade                          |  | CNS  |   | CPR             |  |
| GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA  |  |                              |  | 15/09/1998                                    |  | 19 A 7 M 5 D                   |  |  |   |                 |  |
| Tipo Doc   |  | Documento                    |  | Orgão Emissor                                 |  | Data Emissão                   |  | Sexo   |   | Estado Civil    |  |
| IGNORADO   |  | NAO                          |  | INFORMADO                                     |  |                                |  | M  |   | SOLTEIRO/APARDA |  |
| Mãe  |  |                              |  | Naturalidade                                  |  | Raça/Cor                       |  | Boa Vista - RR   |   | Nacionalidade   |  |
| MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZERRA   |  |                              |  | M   |  | NI                             |  |  |   | BRASILEIRA      |  |
| Endereço   |  |                              |  | Contato                                       |  | Ocupação                       |  |  |   |                 |  |
| RUA - CALEBE - 89 - CAMBARA - BOA VISTA - RR   |  |                              |  | (95) 99114-1759                               |  |                                |  |  |   | 1652095         |  |
| Class. de Risco  |  | Plano Convênio               |  | Nº da Carteira                                |  | Validade                       |  | Autorização  |   | Sis. Prenatal   |  |
|  |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Motivo do Atendimento  |  | Caráter do Atendimento       |  | Profissional do Atend.                        |  | Procedência                    |  | Temp.  |   | Peso            |  |
| ACIDENTE DE MOTO   |  | URGÊNCIA                     |  |   |  |                                |  |  |   | Presão          |  |
| Setor  |  | Tipo de Chegada              |  | Procedimento Sol.                             |  |                                |  |  |   | Registrado por: |  |
| GRANDE TRAUMA  |  | SAMU CAPITAL                 |  |   |  |                                |  |  |   | LEILSON.SOUSA   |  |
| Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Acidente MOTO  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Anamnese de Enfermagem   |  |                              |  |   |  |                                |  | GSC  |   | TOTAL           |  |
|  |  |                              |  |   |  |                                |  | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456   |   |                 |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___ h)  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Fracura em MTE e MUSE  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Exame Físico   |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| BECLOTE ASS ACUADIF  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Hipótese Diagnóstica   |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Poltrauma  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| SADT - Exames Complementares   |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| PRESCRIÇÃO   |  |                              |  |   |  | APRAZAMENTO                    |  |  | OBSERVAÇÃO  |                 |  |
| 1 DIPIRONA 1 gr. EV  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| 2 TENOXICAM 40 mg EV   |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ③ Ceftriaxone 1gr EV   |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ④ FOS MIT M  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| ⑤ Pantamil 20 Uq EV  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Dr. João Barbosa<br>MÉDICO - RORAIMA 13414   |  |                              |  |   |  |                                |  |  | EDELSON GONÇALVES DE OLIVEIRA<br>TÉCNICO EM ENFERMAGEM<br>COREN-RR 859.996 / TE |                 |  |
| 20 ABR 2018  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Conduta  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica   |  |                              |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório          |  |                                |  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308<br>Boa Vista - RR - Tel: (95) 2121-0620               |   |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido   |  |                              |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) |  |                                |  | AUTENTICAÇÃO   |   |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revella  |  |                              |  | <input type="checkbox"/> Internação           |  |                                |  | Data e Hora da Saída/Alta: 15 ABR 2018   |   |                 |  |
| <input type="checkbox"/> Transferência para:   |  |                              |  | Data e Hora da Saída/Alta:                    |  |                                |  | Certifico que este documento é uma cópia fiel da reprodução original e que a mesma foi produzida neste Hospital. |   |                 |  |
| óbito  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica  |  |                              |  |   |  |                                |  |  |   |                 |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável  |  |                              |  |   |  | Carimbo e Assinatura do Médico |  |  |   |                 |  |
| Impresso por: leilson.sousa<br>Data Hora: 28/04/2018 19:48:23  |  |                              |  |   |  | DOCUMENTO ORIGINAL             |  |  |   |                 |  |
|  |  |                              |  |   |  | 13 IIII 2018 1/1               |  |  |   |                 |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.141/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJD3H L54DJ S6A8Y ZVPZY

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Sistema Único de Saúde: **H62**      Ministério da Saúde: **H612**

1 - NOME DO PACIENTE: **João Bruno Silva Bezerra**

2 - Nº DO ENTABULAMENTO DA SAÚDE EXECUTANTE: **H612**

3 - Nº DO PROTOCOLO: **165295**

4 - DATA DE NASCIMENTO: **15/09/1998**

5 - SEXO: **MASC**

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Maria da Conceição Silva Bezerra**

7 - ENDEREÇO: **R. Calúbe, 89, Cambara Boa Vista**

8 - CID: **R22**

9 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: **Dr. João Alves Barbosa Filho**

10 - ENDEREÇO DO MÉDICO: **Av. ...**

HOSPITAL GERAL DE ROANINA  
Av. Siqueira Campos, 514  
Novo Planalto - PE (95) 2121-0520  
**AUTENTICAÇÃO**  
14 MAR 2018  
Cópia e não faz parte presente  
cópia é fiel reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Tiro amarelado**

12 - PRINCIPAL RESULTADO DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Anamniote + Ec. Abn**

13 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **fx lt exp. TVE**

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Tiro amarelado fx lt exp. TVE**

15 - CLÍNICA: **ORNO**

16 - CATEGORIA DE INTERNAÇÃO: **LABORAL**

17 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: **Dr. João Alves**

18 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **12 DE MAR 2018**

19 - ENDEREÇO DE TRABALHO: **...**

20 - ENDEREÇO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

21 - ENDEREÇO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

22 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **...**

23 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO: **...**

24 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

25 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

26 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

27 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

28 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

29 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

30 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

31 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

32 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

33 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

34 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

35 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

36 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

37 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

38 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

39 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

40 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

41 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

42 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

43 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

44 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

45 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

46 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

47 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

48 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

49 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

50 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

51 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

52 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

53 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

54 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

55 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

56 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

57 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

58 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

59 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

60 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

61 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

62 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

63 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

64 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

65 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

66 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

67 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

68 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

69 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

70 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

71 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

72 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

73 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

74 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

75 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

76 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

77 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

78 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

79 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

80 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

81 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

82 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

83 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

84 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

85 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

86 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

87 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

88 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

89 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

90 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

91 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

92 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

93 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

94 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

95 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

96 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

97 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

98 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

99 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

100 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

11 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: **Dr. João Alves**

12 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO: **...**

13 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

14 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

15 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

16 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

17 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

18 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

19 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

20 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

21 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

22 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

23 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

24 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

25 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

26 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

27 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

28 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

29 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

30 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

31 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

32 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

33 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

34 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

35 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

36 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

37 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

38 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

39 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

40 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

41 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

42 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

43 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

44 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

45 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

46 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

47 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

48 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

49 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

50 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

51 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

52 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

53 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

54 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

55 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

56 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

57 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

58 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

59 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

60 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

61 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

62 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

63 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

64 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

65 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

66 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

67 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

68 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

69 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

70 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

71 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

72 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

73 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

74 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

75 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

76 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

77 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

78 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

79 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

80 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

81 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

82 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

83 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

84 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

85 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

86 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

87 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

88 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

89 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

90 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

91 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

92 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

93 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

94 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

95 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

96 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

97 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

98 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

99 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO TÍPICO: **...**

100 - Nº DO CONTRATO DE TRABALHO EXATIDÃO: **...**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU



0408050578  
5826  
17/03/2018

11/05/2018

Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...



|                               |                             |                           |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Prontuário<br>00165295        | Data Internação<br>21.04.18 | Data da Saída<br>27.04.18 |
| Número da AIH: 141850000659-4 |                             |                           |
| Enfermaria<br>409             | Leito<br>03                 |                           |

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH**

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Dados do Paciente  |                                    |
| Estabelecimento Executante<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR    | CNES<br>2319659                    |
| Nome do Paciente<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA               |                                    |
| Cartão do SUS<br>704809078377445                                 | Data de Nascimento<br>15/09/1998   |
| SEXO<br>1 - Masculino  | Raça/Cor<br>PARDA                  |
| Nº RG, CPF ou Registro de nascimento<br>Ignorado - NAO INFORMADO | Nacionalidade<br>BRASILEIRA        |
| Nome da Mãe<br>MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA BEZE                     |                                    |
| Nome do Responsável<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA            | Fone p/ Contato<br>(95) 99114-1759 |
| Endereço<br>RUA - CALEBE   | Bairro<br>CAMBARA                  |
| Município<br>BOA VISTA   | CEP<br>69.313-388                  |

|   |  |
|---|--|
| Dados da Internação   |  |
| CPF Médico Sol - CRM<br>5635  | Médico Solicitante<br>Pedro Di Giacomini |
| Cartão SUS  |  |
| Procedimento Solicitado<br>0408050578   | Procedimento Principal                   |
| Esp   | C Int<br>02                              |
| CID P<br>5826   | CID S<br>249                             |
| CID CA  | M Sa<br>22                               |
| Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> ybito |  |

| Linha | Tipo | Ato/Procedimento | Cod Ope | CPF/CNPJ | CRM    | CBO | QNT | C UTI |
|-------|------|------------------|---------|----------|--------|-----|-----|-------|
| 01    | 01   |                  |         |          | 5635   |     | 01  |       |
| 02    | 06   |                  |         |          | 5506   |     | 01  |       |
| 03    | 07   |                  |         |          | 2009   |     | 04  |       |
| 04    | 07   |                  |         |          | 384468 |     | 01  |       |
| 05    | 01   | 0408050578       |         |          | 69381  |     | 04  |       |
| 06    |      |                  | 20      |          |        |     | 01  |       |
| 07    |      |                  | 23      |          |        |     | 01  |       |
| 08    |      |                  | 31      |          |        |     | 01  |       |
| 09    |      |                  | 36      |          |        |     | 01  |       |
| 10    |      |                  | 724     |          |        |     | 01  |       |
| 11    |      |                  |         |          |        |     |     |       |
| 12    |      |                  |         |          |        |     |     |       |
| 13    |      |                  |         |          |        |     |     |       |
| 14    |      | 0402030406       |         | 21/04/18 | 09     | 347 | 01  |       |
| 15    |      |                  |         |          |        |     |     |       |

|  |                              |                                   |                                       |
|--|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Autorização  |                              |                                   |                                       |
| Nome Médico Autorizador<br>Ronam Pacheco de Carvalho | Data Autorização<br>21/04/18 | CPF Autorizador<br>768.264.736-15 | CNS Autorizador<br>898 0007 5018 1917 |
| Nome do Médico Auditor                               | Data Auditoria               | CPF Auditor                       | CNS Auditor                           |

~ Rio - Branco



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETA OPERATÓRIA

BOLETA OPERATÓRIA

*Estômago*

Data: *21/04/18* O.S. \_\_\_\_\_

MAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *F + Lt Esp Tmz*  
INDICAÇÃO: *Tmz cirurgico*  
LESÃO INTERMITENTE: *Tmz cirurgico Lt Esp. Tmz*  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *Ø*  
MAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O mesmo*

CIRURGIÃO: *Dr. Pedro* 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
LÍCIO: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

*Dr. Pedro D. Giannini*  
*Oncologia Gastroenterologia*  
*CRM 181425*

RELATÓRIO CIRURGICO

1) Paciente em DM 503 Plano Ant. Pm  
2) Antiseptia + Assépsia + Lavagem  
3) Linc transtérica 10L. 50, 9 x.  
4) Fixação externa TRANSABDOMINAL. 1021 Pm  
5) Proximidade de *estômago*  
6) *estômago*  
7) *estômago*

DOCUMENTO ORIGINAL

*Dr. Alexandre*  
Médico Especialista  
Oncologia - Hematologia  
CRM 107178

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 9/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0622  
AUTENTICAÇÃO  
13 JUL 2018  
Certifico e Garanto que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

13 JUL. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE PARAÍBA  
"Instituição Promotora dos Estudos"

FICHA DE ANESTESIA

*Guilherme Bruno Silva Bezerra, 19a*

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*Mid 200 200 200 200* 23.04.2018

| VITALS        | HR | TA  | FC  | SaO2 | Temp | RESPIRACÃO |      |
|---------------|----|-----|-----|------|------|------------|------|
|               |    |     |     |      |      | Vol        | Freq |
| PRÉ-ANESTESIA | 70 | 120 | 70  | 98   | 36.5 | 12         | 12   |
| INDUÇÃO       | 75 | 130 | 100 | 98   | 36.5 | 12         | 12   |
| MANUTENÇÃO    | 75 | 130 | 100 | 98   | 36.5 | 12         | 12   |
| REANESTESIA   | 75 | 130 | 100 | 98   | 36.5 | 12         | 12   |
| SAÍDA         | 75 | 130 | 100 | 98   | 36.5 | 12         | 12   |

|                 |  |   |   |
|-----------------|--|---|---|
| ANESTESIA       | TIPO                                     | TECNICA   | ANOTAÇÕES   |
| <i>Propofol</i> | <i>150mg</i>                             | <i>Propofol + Fentanil</i>  | <i>* 50%<br/>* 20%<br/>A OXIGENACAO<br/>N CASO DE NASAL<br/>&amp; JERABISE NASO</i> |
| QUANTIDADE      | LÍQUIDO                                  | Cálculo - Hema / Ox Polígrafos<br>Hema / Drogas em - Carga<br>Est - Temp - Calor do Tubo<br>Sub Mucosa<br>Diferença Tórax |   |
| TOTAL           | <i>1500</i>                              | TEMPO DE ANESTESIA  | <i>20min</i>  |
| OPERAÇÃO        | <i>Procedimento de P.O. Laparoscopia</i> |   | <i>SRPA</i>   |
| ANESTESIA       | CÓDIGO                                   | CARIMBO   | PERÍCIA FARMACIA  |

*Michael M. Mendes*  
Médico Anestesiologista  
CRM/RJ 1108

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trf.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DATA: 21/07/18

UNIDADE: 1900

ORÇAMENTO: 00-20

PLANO: 00-20

PROJETO: 00-20

ORÇAMENTO: 00-20

PROJETO: 00-20

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala Cirúrgica

00:20

00:30

00:22

2:35

12:40

Saida S.O.

Grupos Realizados

Nome: Jurbano Dunes da Rocha

Grupos Realizados

13 JUL. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|   |                           |                  |                           |
|---|---------------------------|------------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Gustavo Bruno Silva Mendes</i> | APT OU LEITO<br><i>GT</i> | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA<br><i>28/10/2019</i> |
|---|---------------------------|------------------|---------------------------|

|  |                        |                     |                  |
|--|------------------------|---------------------|------------------|
| TIPO<br><i>Est. Fratura Fechada Pé e tornozelo</i> | CIRURGIA               |                     | TEMPO DE DURAÇÃO |
|  | INICIO<br><i>10:30</i> | FIM<br><i>09:35</i> | TEMPO TOTAL      |

|                  |                                   |                 |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|
| CIRURGIÃO        | EQUIPE MÉDICA                     |                 |
| <i>Dr. Pedro</i> | ANESTESISTA:<br><i>Dr. Marcel</i> | RES. ANESTESIA: |
| 1º AUXILIAR      | INSTRUMENTADOR                    |                 |
| 2º AUXILIAR      | CIRCULANTE                        |                 |

TIPO DE ANESTESIA: *Raqui*      TEMPO DE DURAÇÃO: *Fabio An. Claudio*

| QUANT.                              | MATERIAIS                  | VALOR | QUANT                               | MEDICAMENTOS                    | VALOR |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|-------------------------------------|---------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |       | <i>0000</i>                         | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PACOTES GAZE               |       |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO    |       |
| <input type="checkbox"/>            | LUVA ESTERIL 7.0           |       |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO         |       |
| <input type="checkbox"/>            | LUVA ESTERIL 7.5           |       |                                     | FIO VICRYLN®                    |       |
| <input type="checkbox"/>            | LUVA ESTERIL 8.0           |       | <i>112</i>                          | FIO MONONYLON Nº 3. / 2.0       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 8.5           |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/PROCEDIMENTOS 14   |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |       |
| <input type="checkbox"/>            | LÂMINA BISTURIN® 15        |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº           |       |
| <input type="checkbox"/>            | DRENO DE SUÇÃO Nº          |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº           |       |
| <input type="checkbox"/>            | DRENO DE TORAX Nº          |       |                                     | FIO PROLENE Nº                  |       |
| <input type="checkbox"/>            | DRENO DE PENROSE Nº        |       | <i>7</i>                            | FIO SEDA Nº <i>3.0 / 2.5</i>    |       |
| <input type="checkbox"/>            | SERINGA 01ML               |       | <input type="checkbox"/>            | SURGICEL <i>1.0 / 1.0</i>       |       |
| <input type="checkbox"/>            | SERINGA 03ML               |       | <input type="checkbox"/>            | CERA P/ OSO <i>1.0 / 1.0</i>    |       |
| <input type="checkbox"/>            | SERINGA 05 ML              |       | <input type="checkbox"/>            | KFF CATARATAN® <i>1.0 / 1.0</i> |       |
| <input type="checkbox"/>            | SERINGA 10ML               |       | <i>100ml</i>                        | GEOFOAM <i>1.0 / 1.0</i>        |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | SERINGA 20ML               |       | <i>100ml</i>                        | FIFA CARDIACA <i>1.0 / 1.0</i>  |       |
| <i>100ml</i>                        | <i>Alcool 70%</i>          |       | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <i>1.0 / 1.0</i>        |       |

|  |                                    |                            |  |       |
|--|------------------------------------|----------------------------|--|-------|
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |  | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)   | ENFERMEIRA CHEFE<br><i>Silvia</i>  | MATERIAL MEDICAMENTOS      |  |       |
| ACIONÁRIO/CALCULOS   | CIRCULANTE DE SALA<br><i>Fabio</i> | SUB-TOTAL                  |  |       |
|  |                                    | TAXA DE SALA               |  |       |
|  |                                    | TAXA DE ANESTESIA          |  |       |
|  |                                    | SOMA                       |  |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE  |                                    |                            |  |       |

DOCUMENTO ORIGINAL.



13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006. Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU



409-1

03

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HER

|                  |   |                  |      |            |  |
|------------------|---|------------------|------|------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO |   | DIH              |      | DN         |  |
| PACIENTE         | GUSTAVO BRUNO SILVA BEZERRA   |                  |      |            |  |
| DIAGNÓSTICO      |   |                  |      |            |  |
| ALERGIAS         | NEGA  |                  |      |            |  |
| IDADE            | HAS   | NEGA             | DM2  | NEGA       |  |
| ITEM             | LEITO   |                  | DATA | 21/04/2018 |  |
| PRESCRIÇÃO       |   |                  |      |            |  |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE  |                  |      |            |  |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO  | HORÁRIO 5:00     |      |            |  |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H  |                  |      |            |  |
| 5                | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H  | Mantida +10 = 24 |      |            |  |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 20 GTS VO DE 8/6H SE DOR INTENSA   | 12-18-24-08      |      |            |  |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)  | SN               |      |            |  |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N   | SN               |      |            |  |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)   | SN               |      |            |  |
| 10               | SSV + CCGG 6/6 H  | SN               |      |            |  |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG   | 50mg             |      |            |  |
| 14               | CURATIVO DIARIO   | SN               |      |            |  |
| 15               | CEFTAZIDIMA 1G EV DE 8/6H   | curado           |      |            |  |
| 16               | METRONIDAZOL 400MG EV OU VO DE 8/6H   | 12-18-24-06      |      |            |  |
| 17               | GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA   | 14-20-06         |      |            |  |
| 18               | <b>SE DIABÉTICO</b> 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 |                  |      |            |  |
| 19               |   |                  |      |            |  |
| 20               |   |                  |      |            |  |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

08:10h Paciente admitida no bloco D, procedente do bl. F. Veio com queixa de dor no membro inferior direito, após a realização da cirurgia, foi realizada a medicação.

15:00h Paciente referindo dor no membro inferior direito.

|               |        |    |      |
|---------------|--------|----|------|
| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T    |
| 6 H           | 152/77 | 67 | 37.3 |
| 12 H          | 150/98 | 73 | 36.6 |
| 18 H          | 150/80 | 81 | 36.5 |
| 24 H          | 147/72 | 80 | 37.9 |

14 as 07h realizada a medicação de acordo com a prescrição de SSV, conforme prescrição de Hamildia.

**NIR**  
Regulado para leito  
Bloco D - 800-6  
Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

07 as 19 - Paciente no leito. Foi med. epm. e feito SSV. Segue aos cuidados da enfermagem.

13 JUL. 2018

Maria Antonia Costa  
Aux. de Enfermagem



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: \_\_\_\_\_  
Instituição Cirúrgica: \_\_\_\_\_

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)  
PACIENTE CONFIRMOU:  
 Idade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
Consentimento  Sim  Não

RISCO CIRÚRGICO  
 Aplica  Não se Aplica

SÍTIO DECLARADO  
 Sim  Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
 Não  Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
 Não  Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
 Não  Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Feito flaps  
Data: 11/04/20 Assinatura: \_\_\_\_\_  
Selo: 91

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: \_\_\_\_\_

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:  Sim  Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
 Identificação do paciente  
 Sítio cirúrgico  
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:  
 REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:  
 Não se aplica  Sim, Qual: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
 Sim  Não se aplica

ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE OPERAÇÕES

DOCUMENTO ORIGINAL

SAÍDA DO PACIENTE (Sala Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
 Sim  Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
 Sim  Não  Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
 Sim  Não  Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
 Sim  Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE  
 Sim  Não  Não se Aplica

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_  
1054356

13 JUL 2018



409  
1

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA   |   |       |            |      |            |
|--|---|-------|------------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA   |   |       |            |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA  |   |       |            |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO   | 20/04/2018  | DIH   | 22/04/2018 | DN   | 15/09/1998 |
| PACIENTE   | GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                      |       |            |      |            |
| AGNÓSTICO  | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZEIRO ESQUERDO              |       |            |      |            |
| ALERGIAS   | N   | HAS   | N          | DM2  | N          |
| IDADE  | 19 ANOS   | LEITO | 409-1      | DATA | 26/04/2018 |
| ITEM   | PRESCRIÇÃO  |       |            |      | HORÁRIO    |
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                    |       |            |      |            |
| 2  | AVP   |       |            |      |            |
| 3  | CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12 HORAS (INÍCIO 20/4/18)   |       |            |      |            |
|  | GENTAMICINA 240 MG 1X DIA (INÍCIO 23/4/18)          |       |            |      |            |
| 6  | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SE DOR INTENSA |       |            |      |            |
| 7  | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H                       |       |            |      |            |
| 8  | TILATIL 40 MG EV 1X DIA                             |       |            |      |            |
| 9  | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS                  |       |            |      |            |
| 10   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                     |       |            |      |            |
| 11   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |       |            |      |            |
| 12   | SSVV + CCGG 6/6 H                                   |       |            |      |            |
| 13   | CURATIVO DIÁRIO                                     |       |            |      |            |
| <p><b>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</b></p> |   |       |            |      |            |

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

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

# SOLICITADO: SOLICITAR PRÉ OPERATÓRIO

# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA     | FC | FR |       |
|----------|--------|----|----|-------|
| 6 H      | 125/64 | 66 | 20 | 35.9  |
| 12 H     | 125/62 | 66 | -  | 36.20 |
| 18 H     | 140/83 | 71 | 19 | 36.40 |
| 24 H     | 109/80 | 79 | 20 | 36.2  |

Dr. Thiago Muniz  
 CRM/RR 2009  
 Médico Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

13 às 19  
 Administração  
 medicamentos e pr  
 capando SSVV

Juliana Maciel Martins  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 38120/2012

19 às 07 administração medicamentos verifico sinais vitais



13 JUL. 2018



|   |  |   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|--|
|  Sistema Único de Saúde                     |  | Ministério da Saúde                                     |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                   |  |  |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE   |  |   |  |   |  | 2 - CRES   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXERCENTE  |  |   |  |   |  | 4 - CRES   |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |  |   |  |   |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Guilherme Dantas da Silva Bezerra</i>  |  |   |  |   |  | 8 - SEXO   |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  |  |   |  |   |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO   |  |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)   |  |   |  |   |  | 14 - Cód. IBOE MUNICÍPIO   |  |
| 17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  |  |   |  |   |  | 15 - UF  |  |
| 16 - CID  |  |   |  |   |  |  |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO   |  |   |  |   |  |  |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Queda e luxação de tornozelo (E) + Luxação de 3º, 4º e 5º metatarsais.</i> |  |   |  |   |  |  |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Traumatismo Ciúrgico</i>   |  |   |  |   |  |  |  |
| 19 - FUNÇÃO DE PRELACIÃO DE PR. T. S. (AGRE - IDAS (RESL - LADOS DE EXAMES REALIZADOS))<br><i>2X</i>                        |  |   |  |   |  |  |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO<br><i>FX de Luxação de Tornozelo (E) + FX de 3º, 4º e 5º MTT</i>                              |  |   |  |   |  |  |  |
| 21 - CID TERCEIRO - 22 - CID SECUNDÁRIO (em 08 CAIXAS SEPARADAS)  |  |   |  |   |  |  |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO   |  |   |  |   |  |  |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Platômetro de FX de Tornozelo (E) + 3º, 4º e 5º MTT (E)</i>                 |  |   |  |   |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  |  |
| 26 - CLÍNICA  |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                              |  | 28 - DOCUMENTO  |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE    |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><i>J. Dourado / Marcelo Marques</i>                                     |  |   |  | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>27/07/18</i>   |  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO                |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)  |  |   |  |   |  |  |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO   |  | 35 - CNPJ DA SEGURADORA                                 |  | 37 - Nº DO BILHETE  |  | 38 - SÉRIE   |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  |  | 39 - CNPJ EMPRESA                                       |  | 40 - CNPJ DA EMPRESA  |  | 41 - CNPJ  |  |
| 36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO   |  | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                          |  | 43 - AUTÔNOMO   |  | 44 - CESSANTE  |  |
| 45 - EMPREGADO  |  | 46 - EMPREGADOR   |  | 47 - EMPREGADO  |  | 48 - NÃO SEGURO  |  |
| AUTORIZAÇÃO   |  |   |  |   |  |  |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |  |   |  | 44 - Cód. ORGÃO EMISSOR   |  | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><i>0415030013</i> |  |
| 46 - DOCUMENTO  |  | 47 - Nº DOC. ELET. (TSE/TS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  | 48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO   |  | 49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO                                      |  |
| 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br><i>17/07/18</i>   |  | 50 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO   |  | 51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO<br><i>0408050578 → 5826</i><br><i>0408050467 → 5299</i> |  | 52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO<br><i>13 JUL. 2018</i>               |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17/04/18 OS. \_\_\_\_\_

Gustavo Barros da Silva Delyano

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Tornozelo (E) + Fratura de 3º, 4º, 5º MTF

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Autossintese de Fratura de Tornozelo (E) + Fratura de metatarso

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Elderson

1º AUXILIAR: Dr. Marcelo Marques

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: Miliana

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

NESTESIAS: \_\_\_\_\_

RESUSCICAO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Anderson  
Médico  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM: 1733

Dr. Marcelo Marques  
Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 191628

RELATÓRIO CIRURGICO

1. Paciente em DDH vale ressecção;

2. Ad + CCE + Redução de fratura de tíbia de Tornozelo (E)

Incisão longitudinal antrolateral em tornozelo (E) + Dálise por plano de o joelho anterior;

Redução com o FX com osso ao intergônio de visagem + colocação de placa definitiva + parafusos de 2 parafusos autoprogramados;

LAC + Sutura de pele;

Incisão longitudinal vale face dorsal de pé (E) + Parafusos de FK de cantoneira mediocrural de 3º, 4º e 5º metatarso;

Sutura de pele;

Curativo

A RPA.

13 JUL. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU







BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 05/07/18 O.S. \_\_\_\_\_

Guilherme Bueno  
J. Luis Bezerra

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura da patela + lesão do complexo do ligamento anterior da tíbia

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Estabilização da patela + revisão do complexo do ligamento anterior da tíbia

TIPO DE INTERVENÇÃO: Ho cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Vitor M. de Mello 1º AUXILIAR: Bruno F. Santos

2º AUXILIAR: Jucelino INSTRUMENTADORA: Pablo

3º AUXILIAR: Dr. Pablo ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Pet em DUH sob plano anterior

2) compressão + anti-rotacional + colocação de compressão elástica

3) Incisão em região da topografia de patela (E) longitudinal

4) localização de fratura da patela + exposição da articulação tibiofemoral

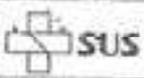
5) Incisão lateral em um terço (E) + localização do sistema posterior

6) remoção do conteúdo da placa de entrada por via transcutânea + placa 1/3 de comprimento + parafusos transcutâneos

7) fechamento por planos

8) controle com suturas + curativo por via (E) + 20 Rps

13 JUL 2018

|   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|---|---|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b> |                                  | <b>Ministério da Saúde</b>        |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |   |   |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE  |                                  |                                   |  |   |   | 3 - CNES                                |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE   |                                  |                                   |  |   |   | 4 - CNES                                |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE  |                                  |                                   |  |   |   | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                    |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  |                                  |                                   |  |   |   | 8 - DATA DE NASCIMENTO                  |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL  |                                  |                                   |  |   |   | 9 - SEXO                                |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)   |                                  |                                   |  |   |   | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  |                                  |                                   |  |   |   | 14 - COG. BICE MUNICÍPIO                |  |
|   |                                  |                                   |  |   |   | 15 - UF                                 |  |
|   |                                  |                                   |  |   |   | 16 - CEP                                |  |
| <b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <i>fratura de fêmur<br/>Revisão de espaçamentos de TN7</i>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <i>fx. f. femur</i>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>                      |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <i>Rx. f. femur</i>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <i>fx. de fêmur e revisão de espaçamentos TN7</i>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>21 - CÓDIGO PRINCIPAL (22 - CÓDIGO SECUNDÁRIO) DO PROCEDIMENTO</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <i>Osteotomia de fêmur / Revisão de espaçamentos de TN7</i>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 26 - CLÍNICA  | 27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO     | 28 - DOCUMENTO ( ) ONI ( ) OFF    | 29 - Nº DOCUMENTO (ONS/OPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |   |   |   |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  |                                  | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO          |  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                |   |   |  |
|   |                                  | 05/04/18                          |  |   |   |   |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO   | 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | 36 - CNPJ DA SEGURADORA  | 37 - Nº DO BILHETE  | 38 - OUTRO                                      |   |  |
|   |                                  |                                   | 39 - CNPJ EMPRESA  | 40 - CNIE DA EMPRESA  | 41 - CBOE                                       |   |  |
| 42 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESPREVIDADO ( ) APORRANTADO ( ) NÃO SEQUENCIADO                  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>  |                                  |                                   |  |   |   |   |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR   |                                  |                                   | 44 - COG. ORGÃO EMISSOR  |   | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |   |  |
| 46 - DOCUMENTO ( ) ONI ( ) OFF  |                                  |                                   | 48 - Nº DOCUMENTO (ONS/OPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR            |   | 47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |   |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |                                  |                                   | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)             |   | 0408050527a582                                  |   |  |
| 5/5/18  |                                  |                                   |  |   | v299  |   |  |
| <b>4 2 III 2018</b>   |                                  |                                   |  |   |   |   |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrj.us.br/projudi/ - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU






**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SI**  
**SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA**

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Everson Bruno da Silva Pereira 70 AN  
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 20/04/18  
 DIAGNÓSTICO DE Fx tornozelo + med/ula tibi + patela  
 NO DIA 25/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Reconstrução da TMC e Fx de patela  
 OPERADO PELO DR. Vitor Montenegro E DR. Wagner Lyquimel  
 RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/05/18 ÀS 17:00h  
 COM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL  
 CORONEL MOTA NO DIA 17/05/18 ÀS 14:00h COM  
 DR. Da Palha Jr  
Sugiro 60 dias de afastamento do trabalho  
Natureza do acidente contra

**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 ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Planalto - RR - CEP: 69200-000  
 ALTA - S - CAÇÃO  
 JUL 2018  
 Certificado - Dou. P. e. e. apresenta  
 cópia e Tal. Reprodução Original  
 que foi emitido em 07/05/2018

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Torres

  
 Dr. Thiago Murilo  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2009

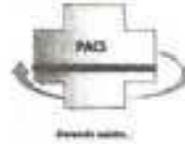
BOA VISTA, 07/05/18

MÉDICO ..... 2018



## EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA  
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150  
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



### RECEITUÁRIO

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

### RELATÓRIO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE  
DIREITO QUEO PACIENTE SR.

GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
RG-364881-8 SSP/RN FOI VITIMA

DE ACIDENTE DE TRANSITO TEMPO  
COMO DIAGNÓSTICO FRATURA DE FI-  
BULA (E), FRATURA DE PATELA (E) E  
FRATURA DE 3º-5º METATARSO (E).

FOI FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO +  
CONTROLE AMBULATORIAL, ENCONTRA-SE  
FAZENDO FISIOTERAPIA. O MESMO ESTA  
IMPOSSIBILITADO DE REALIZAR SUAS ATIVIDA-  
DES LABORAIS.

Dr. Loreta Silva  
Médico  
1944/09/2016

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 04/10/18





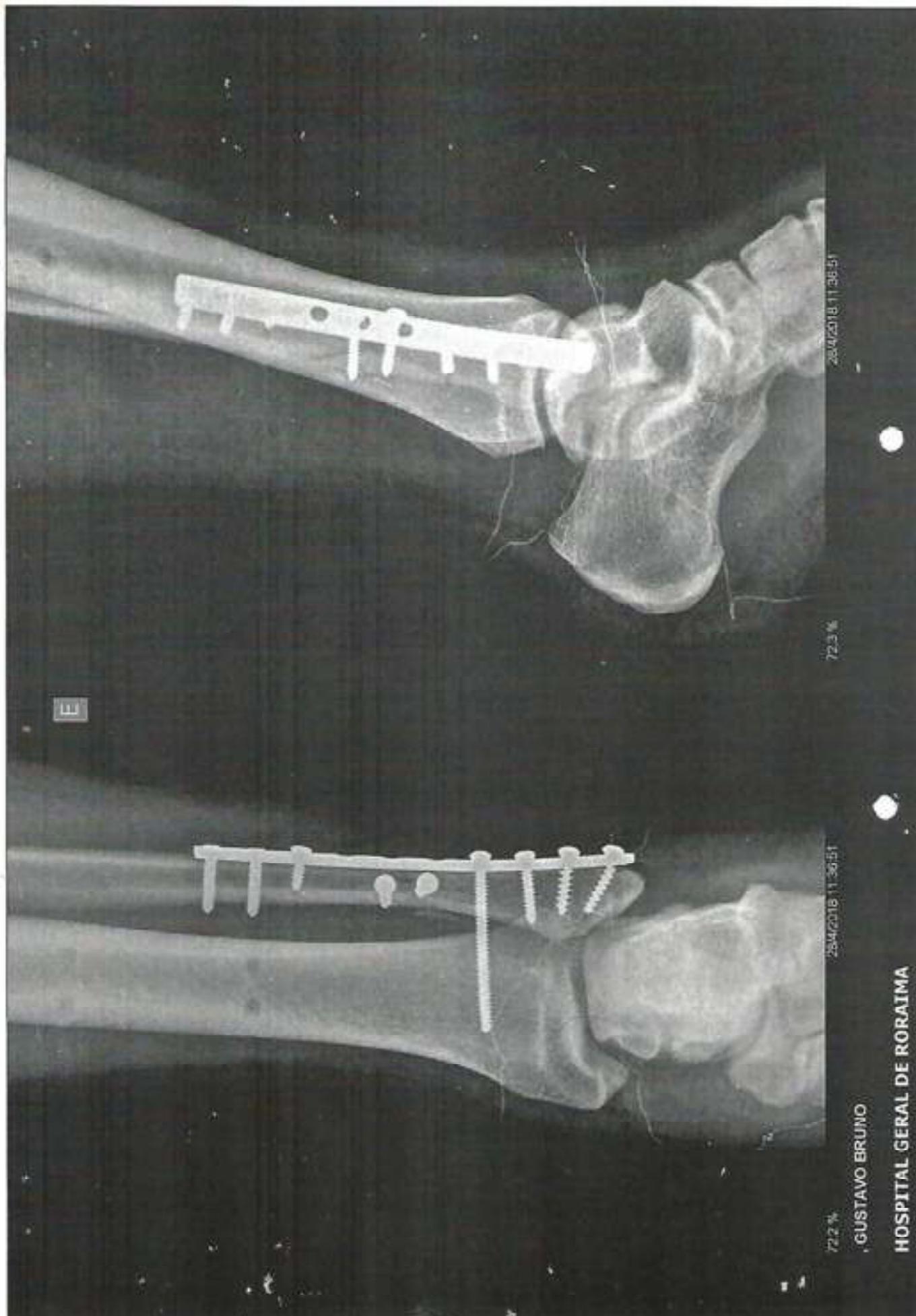
44,0 %

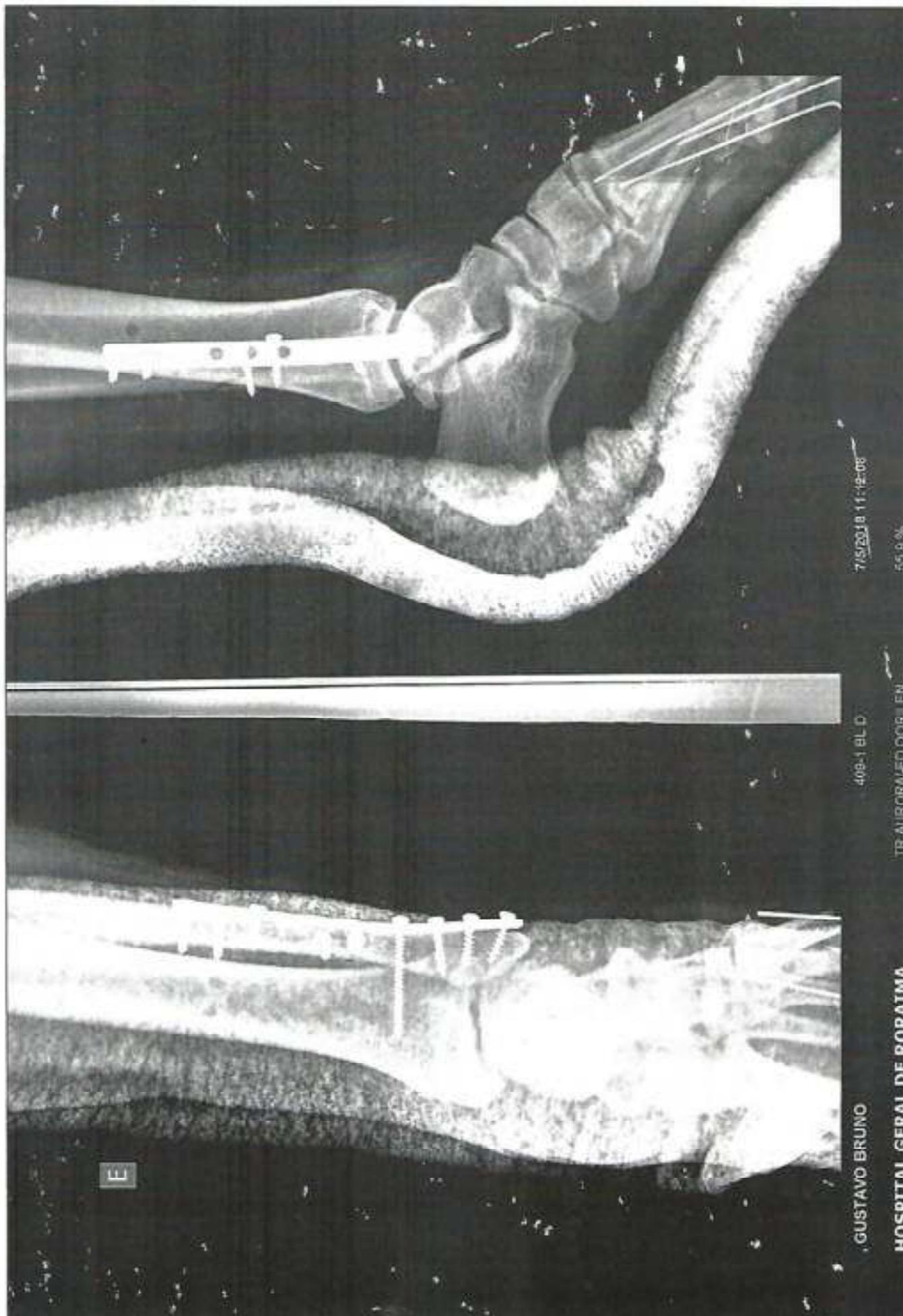
GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

56,4 %











Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU







20/4/2018 20:17:20

78.2

GUSTAVO BRUNO DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ85N 4GSAV G7P9X 284GU







13 JUL. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 364881-8

DATA DE EMISSÃO: 28/04/2016

NOME: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1998

RESIDÊNCIA: BOA VISTA - RR

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

DOC: CRICEM

CERTID MASC 14.841 FLS 215 LIV A-025

TITULO: 2 - OF BOA VISTA-RR

001.983.252-40

ASSINADO DIGITALMENTE

ASSINATURA DO TITULAR: Gustavo Bruno da S. Bezerra

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

P. 1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. NO. (BRASOBR) 114807 2211 98

CPF 283.051.512-04 DATA NASCIMENTO 07/04/1978

FUNÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OMNIA IACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO:  CONDUTOR  ACC  CAT. END. AM

PROBACAO 01.019.2304 VALOR 29/01/2021 VALIDACAO 15/12/1999

ORIGEM DO VEICULO

LOCAL BOA VISTA - SO. AIMA DATA DE EMISSAO 30/01/2015

92485240616  
78207968020

DETRAN - DISTRITO FEDERAL

980151096





Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
Rua Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA8051FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucecjrja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
 Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
 Rua Senador Dantas 74, 5º andar  
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP   |
|---|-----------------------------|------------|------------|--|
| 1 | José Ismar Alves Tôrres     | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente   |
| 2 | Hello Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica  |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP n° 234/03 e Resolução CNSP n° 321/15) (executiva ou operacional)   |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)   |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei n° 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP n° 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
 Página 2 de 3

*Handwritten signatures and initials.*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
 Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
 NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018  
 CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do teor do autenticação.  
 Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E996AFDA80E1FB8  
 Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pág. 4/13

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYHA BDN53 KXD33 FRJHR



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
Rua Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

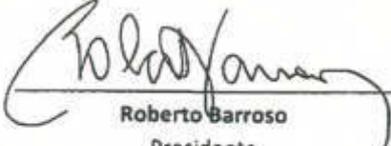


**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

**Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.**

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: G0-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E5CF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
\_\_\_\_\_  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56FAFDE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

**HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. (“Companhia”) na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13





PORTARIA Nº 755, DE 21 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.323, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 da Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.61918/2017-04, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelas reuniões de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n.º 33.694.731/0001-80, com sede no cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 26 de junho de 2017.

I - Aprovar o capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 1.155.591,01, dividido em 179.246.592 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal; e

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resultar que o pato de R\$ 180.140,00 do aumento de capital efetivado deverá ser integralizado até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.323, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 da Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 13414.63540/2017-44, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ n.º 09.348.400/0001-04, com sede no cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 23 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.323, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 da Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, emendada com o artigo 3º da Lei Complementar n.º 124, de 15 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.62361/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membro do comitê de auditoria de IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n.º 33.376.989/0001-01, com sede no cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direg n.º 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 188, seção 1, modo de ler: "... na reunião do conselho de administração realizada em 1º de novembro de 2017", ler-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 3.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional n.º 14, de 12 de maio de 2007, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos:

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária Destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2018, seção 01, página 48;

Considerando que o Inmetro ou entidade por ele acreditada, conforme o disposto no § 1º do art. 3º do Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, deve assegurar a adequação dos veículos e dos equipamentos rodoviários destinados a este fim;

Considerando a necessidade de substituição do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de construção de tanques de carga rodoviária;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro n.º 16/2018, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo:

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Dconf  
Rua Santa Alexandrina, nº 416 - 3º andar - Rio Cen-  
grido

Cep 21.261-232- Rio de Janeiro - RJ  
Art. 2º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2018 pelos Anexos A e D anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2018 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.  
Art. 4º Ficam inseridos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2018, os seguintes parágrafos:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 23 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, uma vez que, conforme o conteúdo do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENINT), não se objetivam de colher subsídios para a realização de procedimentos do governo brasileiro no âmbito do comércio do Conselho Tripartite nº 1, de Tarifas, Mercadorias e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CT-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DENINT por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 30033-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser apresentadas mediante e-mail eletrônico original do sistema público, disponível na página do Ministério na Internet, no endereço [http://www.mec.gov.br/formulario/EXPOSTORIO/interacoes/comp/ATC/TC\\_2017/informacao-de-contestacao.doc](http://www.mec.gov.br/formulario/EXPOSTORIO/interacoes/comp/ATC/TC_2017/informacao-de-contestacao.doc). O formulário também pode ser solicitado pelos telefones (61) 2027-7373 e 2027-7374 ou pelo endereço de e-mail [ct1@mdc.gov.br](mailto:ct1@mdc.gov.br).

3. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico [http://www.mec.gov.br/interacoes/comp/ATC/TC\\_2017/informacao-de-contestacao.doc](http://www.mec.gov.br/interacoes/comp/ATC/TC_2017/informacao-de-contestacao.doc) ou pelo endereço de e-mail [ct1@mdc.gov.br](mailto:ct1@mdc.gov.br).

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelas entidades em nomeação do CT-1, eventuais manifestações a respeito deverão ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

ANEXO

| SITUAÇÃO ATUAL |   | SITUAÇÃO PROPOSTA |  |
|----------------|---|-------------------|--|
| 2917.20.00     | Ácidos poliacetabenoilatos cíclicos, ciclobutanos ou ciclohexanoes, seus análogos, halogenados, peróxidos, peróxidos e seus derivados | 2917.20           | Ácidos poliacetabenoilatos, ciclobutanos, ciclohexanos ou ciclohexanoes, seus análogos, halogenados, peróxidos, peróxidos e seus derivados |
|                |   | 2917.20.10        | Ésteres de ácidos poliacetabenoilatos cíclicos   |
|                |   | 2917.20.15        | Ciclohexanoes de dióxido   |
|                |   | 2917.20.90        | Outros   |
|                |   |                   | Outros   |

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/assessoria/validacao>, pelo código 0001281012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/04/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO EM 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD69743867A48220CFDE4356AFADE5ECF8FFD55CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13





4996507

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**

M/D

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** - A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** - A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** - A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** - A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** - O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** - Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** - Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III - ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** - A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernerdo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICÓ O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7545C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

### CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996510

convocada.

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

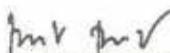
**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

MJ

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

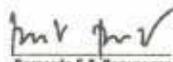
#### CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral





4996514

AW

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

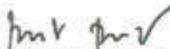
b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

#### CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 8 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

#### **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

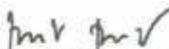
**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

#### **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

10/1/16



4996516

### XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

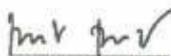
**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral



### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|   |   |                    |
|---|---|--------------------|
|  17º Ofício de Notas<br>DA CAPITAL   | Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira<br>Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600 | ADB2B690<br>088674 |
| Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HÉLIO BITTON RODRIGUES e JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000529453)   |   |                    |
| Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS  |   |                    |
| Em testemunho da verdade. Total   |   |                    |
| Paula Cristina A. D. Gaspar - Art. 3.9% Escrevente<br>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ<br>Paula Cristina A. D. Gaspar<br>CNPJ 40062 série 06077 ME<br>Ad. 20 5 3º Lei 8.988/94 |   |                    |
| EELP-56891 NRE - EELP-56892 DRS<br>Consulte em <a href="https://www3.tjri.jus.br/sitapublico">https://www3.tjri.jus.br/sitapublico</a>  |   |                    |



### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, **ALFA SEGURADORA S/A**, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; ANGELUS SEGUROS S/A; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; ARUANA SEGUROS S.A.; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A, **AXA SEGUROS S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BMG SEGUROS S/A; **BRADERCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CAIXA SEGURADORA S/A; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; **COMPREV SEGURADORA S/A**; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; ESSOR SEGUROS S/A; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; FATOR SEGURADORA S/A; **GAZIN SEGUROS S.A.**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE VIDA S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **OMINT SEGUROS S/A**; PAN SEGUROS S/A; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **SABEMI SEGURADORA S/A**; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SOMPO SEGUROS S/A, **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; SUHAI SEGUROS S/A; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; **USEBENS SEGUROS S/A**; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.





anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.

**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**



Data: 14/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida

Relação de arquivos da movimentação:

- ato ordinatório



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0809116-53.2020.8.23.0010

**ATO ORDINATÓRIO**

Certifico que a contestação apresentada no EP. 15 é tempestiva.

Intimo a parte autora para manifestar-se em réplica, no prazo de 15 (quinze) dias.

Boa Vista/RR, 14/4/2020.

**Thairinny Melo Araujo de Almeida**  
Analista Judiciária



14/04/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/04/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (14/04/2020)

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida

25/04/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 25/04/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (14/04/2020) e ao evento de expedição seq. 17.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 25/05/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO  
(30/03/2020)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Não Oposição a Perito Nomeado



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo nº 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelência, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em face do Despacho constante no Ep. 9.1.

Desta forma, a parte Requerente está ciente do deferimento da AJG, bem como da Produção de Prova Pericial.

Por conseguinte, a parte Autora não se opõe ao entendimento de desnecessidade de designação de Audiência de Conciliação.

Por fim, estando ciente do referido despacho, a parte Requerente não apresentará quesitos complementares, bem como, no momento não se faz presente, a necessidade de impugnação do r. Expert indicado, tão pouco sugerir assistente técnico.

Em complementação ao parágrafo anterior, deverá o r. expert realizar avaliação médica levando em consideração as características inerentes a este pleito, conforme a praxe nos casos paradigma, tais como:





- 1) tipo de lesão(ões) apresentada/identificada(s) na periciada;
- 2) nexos causal entre o acidente noticiado na inicial e a(s) lesão(ões) e demais limitações decorrentes do referido acidente;
- 3) se a(s) lesão(ões) sofrida(s) pela periciada é de molde a deixar seqüela(s) que resulte(m) na sua invalidez permanente;
- 4) se houve diminuição ou perda de função de algum órgão/membro, e se este(s) foram lesionado(s) em função de dinâmica comum a acidente automobilístico;
- 5) se a perda ou diminuição de função de algum órgão/membro da Requerente é de caráter temporário ou definitivo. E em que percentual este órgão/membro está lesionado;
- 6) de caso ache necessário, que apresente esclarecimentos necessários a análise profissional;

Ante ao exposto, **AGUARDA** o prosseguimento do feito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 25 de maio de 2020.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



Data: 25/05/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO  
ORDINATÓRIO (14/04/2020)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Impugnação à Contestação



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo nº 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, apresentar sua

### **IMPUGNAÇÃO A CONTESTAÇÃO**

em face de Ato Ordinatório constante no Ep. 16.1, que versa sobre o evento de Seq. 15.1, do qual consta Contestação da parte Requerida, pelas razões a seguir expostas.

#### **1. Dos Fatos Alegados**

Em sede de contestação, em apertada síntese, a Ré subjugava o fato ocorrido com o Requerente, tentando minimizar por meio de argumentos não fáticos que o ocorreram com o Autor.

Desta forma tenta a Requerida se desvencilhar da responsabilidade de indenizar o real valor do qual tem direito a Requerente, por decorrência do acidente causado por veículos automotores por via terrestre estabelecidos pela Lei 6.194/74.





Como se verificará nas exposições realizadas, a Ré também incorre em diversas inconsistências em sua contestação, como a fundamentação em artigo revogado.

Tudo isso demonstra uma conduta meramente protelatória, que deve ser considerada também no momento de prolação da respeitável decisão, a fim de que não se reitere tal postura em casos análogos a este pleito.

Resumidamente, a ré apresentou as seguintes estas teses defensivas.

## **2. PRELIMINARMENTE**

### **a. Do desinteresse na realização da audiência preliminar de conciliação**

Conforme inicialmente afirmado pela parte Requerida que não tem interesse na composição consensual, como prevê o art. 334 do CPC/15, a parte Requerente apresenta respeitosamente manifestação no sentido de concordância com o aludido pela mesma.

Desta forma, requer que não seja designada Audiência de Conciliação ou Mediação, conforme estabelece o art. 334 do CPC/15, sendo que a parte Requerente manifestou-se pela não realização da mesma, e desta forma a Requerente não se opõe e reitera o manifestado.

## **3. DO MÉRITO**

### **a. Da ausência de Laudo do IML quantificando a lesão – Ônus da Prova do Autor**

Engana-se a Contestante, pois o laudo do IML não é documento imprescindível à propositura da ação de cobrança de indenização securitária na modalidade de seguro obrigatório - DPVAT, visto





que o Autor pode juntar tal documento em qualquer fase da instrução processual ou comprovar o grau de sua invalidez, por meio de prova pericial médica, logo não há que se falar em improcedência total dos pedidos. Senão vejamos:

**EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL - RELATÓRIO COMPLEMENTAR - LAUDO DO IML - DESNECESSIDADE - INÉPCIA DA INICIAL - INEXISTÊNCIA. - Em ação de cobrança de seguro DPVAT, o laudo do IML não é documento indispensável ao ajuizamento da ação de cobrança de seguro DPVAT, uma vez que pode ser substituído por outras provas.** (TJ-MG - AC: 10035170009175001 MG, Relator: Ramom Tácio, Data de Julgamento: 14/03/2018, Data de Publicação: 23/03/2018). (**Grifos Nosso**)

\*\*\*\*\*

**EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE DPVAT. LAUDO DO IML. AUSÊNCIA DA PARTE EM AUDIÊNCIA DO MUTIRÃO DPVAT. NECESSIDADE DE INTIMAÇÃO PESSOAL. PROVA PERICIAL. CERCEAMENTO DE DEFESA. O laudo do IML não é documento indispensável nem à propositura da ação de cobrança de seguro DPVAT e nem ao próprio julgamento do feito, uma vez que pode ser substituído por outras provas,** especialmente a prova pericial produzida sob o crivo do contraditório por perito de confiança do juiz. (...) (TJMG - Apelação Cível 1.0024.14.157568-8/001, Relator (a): Des.(a) Wagner Wilson , 16ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 20/04/2016, publicação da sumula em 03/05/2016 - g.n)

Portanto, **requer** que não prospere a alegação da Requerida no que tange a obrigatoriedade de laudo do IML para quantificar a lesão sofrida, como requisito para propositura da presente ação, tendo em vista que o documento pode ser juntado em qualquer fase processual, e como será devidamente comprovado após avaliação Médico Pericial do qual o Requerente comparecerá e demonstrará sua invalidez permanente do membro afetado.





**b. Requerimento Administrativo – da inexistência de invalidez permanente**

Alega a Requerida (fundamentado em avaliação administrativa) que a Requerente não teria direito a indenização do Seguro DPVAT, por decorrência de não ter sido identificado nenhuma lesão permanente oriunda de acidente automobilístico.

No entanto, tal afirmativa da Requerida não tem fundamentação lógica, no que tange ao beneficiário e o benefício garantido a toda vítima de acidente de trânsito.

Tal postura da Requerida gera uma condição de dependência apenas a avaliação fria e imparcial ao critério administrativo utilizado no entendimento prévio do avaliador, do qual é contratado exclusivo da seguradora.

Portanto, requer que não prospere a alegação da Requerida de negativa de pagamento do valor do seguro, por ausência de constatação de lesão permanente oriunda de acidente automobilístico, tendo em vista que se trata de avaliação fria e imparcial ao critério administrativo utilizado no entendimento prévio do avaliador, do qual é contratado exclusivo da seguradora.

**c. Da ausência de cobertura**

No referido tópico, a Requerida busca deturpar a veracidade das alegações ora apresentadas, por meio de meras suposições sem a devida fundamentação quanto ao mérito ora discutido no presente pleito.

Aduz a Requerida que os documentos de atendimento médico, não fazem nenhuma menção ao acidente automobilístico





sofrido pela Requerente, e desta forma diz que não é possível averiguar o real nexos de causalidade entre o sinistro e a invalidez permanente.

Por conseguinte entende a Requerida, que o pleito deverá ser julgado improcedente, pois segundo a Ré, as provas juntadas aos autos são insuficientes para demonstrar que a lesão alegada decorreu de acidente de trânsito.

Todavia, as argumentações da Requerida não merecem prosperar, tendo em vista que, a própria Ré junta aos autos cópia do prontuário médico que comprova que o Requerente fora vítima de acidente de trânsito e precisou de tratamento médico especializado.

Desta forma, requer que seja desconsiderada alegação de Requerida, quanto a falta de comprovação do nexos causal entre os danos e os fatos, tendo em vista a contradição em relação ao que ora apresenta como justificativa, e os documentos juntados referente ao acidente sofrido pelo Autor (Eps. 1.7 a 1.12).

**d. Da aplicabilidade da súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça**

Busca a Requerida, a prevalência do entendimento de que nos casos de invalidez, a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima.

E que 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.





No que tange a este tópico o Requerente não se opõe, eis que será demonstrado por meio de avaliação médica competente, a real condição e grau da lesão sofrida pelo autor.

Portanto, **requer** que quanto o valor indenizatório, seja adotado entendimento e os critérios previstos em lei, consubstanciado em avaliação médica emitida e validada por parecer médico especialista nomeado para o processo em epígrafe, com quantificação na perca anatômica ou funcional do membro afetado.

#### **e. Dos Juros de Mora e Correção Monetária**

Pugna a Requerida, que em sede de condenação, seja adotado o critério da contagem a contar da propositura da presente demanda.

Contudo, o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Roraima, não tem o seguinte entendimento, e desta forma não merece prosperar tal alegação da parte Ré.

Portanto, **requer** que seja adotada por este respeitável Juízo o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Roraima, quanto a incidência de juros (Súmula nº 426, STJ) e correção monetária a contar do evento danoso (data do acidente), conforme tabela utilizada pelo TJRR.

#### **f. Dos Honorários Advocatícios**

Quanto ao que a Requerida alude neste quesito, cabe ressaltar que a mesma se utiliza de fundamentação em Lei revogada pela Lei 13.105/15, novo Código de Processo Civil, pois a matéria está adequadamente tratada nos artigos 98 a 102 do referido código.





Assim, com o advento do CPC/15, os honorários advocatícios são perfeitamente cabíveis nos termos do artigo 85, §14, que preconiza que *“os honorários constituem direito do advogado e têm natureza alimentar, com os mesmos privilégios dos créditos oriundos da legislação do trabalho, sendo vedada a compensação em caso de sucumbência parcial”*.

Neste liame, é devido ao advogado vencedor percentual de até 20% sobre o valor da condenação, consoante artigo 85, §2º *“os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa (...)”*.

Desta forma, **requer** que o percentual a ser levado em consideração por este respeitável juízo, o estabelecido no art. 85, §2º do CPC/15, até o máximo de 20%, o qual será quantificado com base no entendimento de Vossa Excelência.

#### 4. Dos Pedidos

Ante ao exposto, **requer** a Vossa Excelência:

a) que não seja designada Audiência de Conciliação ou Mediação, conforme estabelece o art. 334 do CPC/15, sendo que a parte Requerente manifestou-se pela não realização da mesma, e desta forma a Requerente não se opõe e reitera o manifestado;

b) que não prospere a alegação da Requerida no que tange a obrigatoriedade de laudo do IML para quantificar a lesão sofrida, como requisito para propositura da presente ação, tendo em vista que o documento pode ser juntado em qualquer fase processual, e como será devidamente comprovado após avaliação Médico Pericial do qual o Requerente comparecerá e demonstrará sua invalidez permanente do membro afetado;





c) que não prospere a alegação da Requerida de negativa de pagamento do valor do seguro, por ausência de constatação de lesão permanente oriunda de acidente automobilístico, tendo em vista que se trata de avaliação fria e imparcial ao critério administrativo utilizado no entendimento prévio do avaliador, do qual é contratado exclusivo da seguradora;

d) que seja desconsiderada alegação de Requerida, quanto a falta de comprovação do nexos causal entre os danos e os fatos, tendo em vista a contradição em relação ao que ora apresenta como justificativa, e os documentos juntados referente ao acidente sofrido pelo Autor (**Eps. 1.7 a 1.12**);

e) que quanto o valor indenizatório, seja adotado entendimento e os critérios previstos em lei, consubstanciado em avaliação médica emitida e validada por parecer médico especialista nomeado para o processo em epígrafe, com quantificação na perca anatômica ou funcional do membro afetado;

f) que seja adotada por este respeitável Juízo o entendimento do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Roraima, quanto a incidência de juros (Súmula nº 426, STJ) e correção monetária a contar do evento danoso (data do acidente), conforme tabela utilizada pelo TJRR;

g) que o percentual a ser levado em consideração por este respeitável juízo, o estabelecido no art. 85, §2º do CPC/15, até o máximo de 20%, o qual será quantificado com base no entendimento de Vossa Excelência.

Por todo o exposto, requer ainda a Vossa Excelência que não seja acatada a Contestação e seus anexos, por alguns estarem ilegítimos, e que estes são os mesmos anexados à exordial, e que seja mantida todos os termos da inicial.





Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, notadamente o depoimento pessoal do autor, sob pena de confissão, ouvida de testemunhas, perícias e juntada posterior de documentação, tudo de logo requerido.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 25 de maio de 2020.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



Data: 25/07/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DESPACHO

Complemento: Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

Data: 12/08/2020

Movimentação: DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- mero expediente



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

|  |
|--|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>   |
| Classe Processual: Procedimento Ordinário  |
| Assunto Principal: Citação   |
| Valor da Causa: : R\$0,00  |
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744           |
| <b>Réu(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

**DESPACHO**

1. Determino o cumprimento dos itens 07 até 15 da decisão constante no EP 09 dos autos.
2. Expedientes necessários.
3. Cumpra-se.

Comarca de Boa Vista (RR), data constante do sistema.

**Jarbas Lacerda de Miranda**  
*Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível*  
(assinado digitalmente)



Data: 18/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL

Complemento: Referente ao evento (seq. 22) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS  
(12/08/2020 21:28:42). Identificador do Cumprimento: 0001

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - .- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010

## **CERTIDÃO**

Certifico que cumpri na integra o despacho judicial retro. Do que, para constar, lavro o presente termo.

Boa Vista, 18/8/2020.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)  
**JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA**  
Analista Judiciário



18/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 18/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

18/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 18/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 22) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

19/08/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 19/08/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/08/2020 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 22)

DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020) e ao evento de expedição seq. 24.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

27/08/2020: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 27/08/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 22) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020) e ao evento de expedição seq. 24.

Por: SISTEMA CNJ

29/08/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 29/08/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA) em 28/08/2020 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 22) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020) e ao evento de expedição seq. 25.

Por: SISTEMA CNJ

04/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO.

Data: 04/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (12/08/2020)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Manifestacao



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo n.º 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em virtude do Despacho de Ep. 22.

Não se opondo ao determinado no mesmo, aguarda o regular prosseguimento do feito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 4 de setembro de 2020.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



Data: 21/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO
- Petição
- GUIA DE DEPOSITO

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08091165320208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

BOA VISTA, 17 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR



N° DA CONTA JUDICIAL

3700102863677

|  |                                     |  |                                   |                             |
|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| N° DA PARCELA<br>0   |                                     | DATA DO DEPÓSITO<br>02/09/2020         | AGÊNCIA (PREF / DV)<br>3797       | TIPO DE JUSTIÇA<br>ESTADUAL |
| DATA DA GUIA<br>31/08/2020   | N° DA GUIA<br>2710595               | N° DO PROCESSO<br>08091165320208230010 | TRIBUNAL<br>TRIBUNAL DE JUSTICA   |                             |
| COMARCA<br>BOA VISTA   | ORGÃO/VARA<br>4 VARA CIVEL RESIDUAL | DEPOSITANTE<br>RÉU                     | VALOR DO DEPÓSITO (R\$)<br>200,00 |                             |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO<br>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A |                                     | TIPO DE PESSOA<br>Jurídica             | CPF / CNPJ<br>09248608000104      |                             |
| NOME DO AUTOR / IMPETRANTE<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                 |                                     | TIPO DE PESSOA<br>Física               | CPF / CNPJ<br>00198325240         |                             |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA<br>0CEB20B3905DD7AB                                  |                                     |  |                                   |                             |
| CÓDIGO DE BARRAS   |                                     |  |                                   |                             |



2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08091165320208230010**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

BOA VISTA, 17 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/RR 451-A

**SIVIRINO PAULI**  
101-B - OAB/RR



N° DA CONTA JUDICIAL

3700102863677

|  |                                     |  |                                   |                             |
|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| N° DA PARCELA<br>0   |                                     | DATA DO DEPÓSITO<br>02/09/2020         | AGÊNCIA (PREF / DV)<br>3797       | TIPO DE JUSTIÇA<br>ESTADUAL |
| DATA DA GUIA<br>31/08/2020   | N° DA GUIA<br>2710595               | N° DO PROCESSO<br>08091165320208230010 | TRIBUNAL<br>TRIBUNAL DE JUSTICA   |                             |
| COMARCA<br>BOA VISTA   | ORGÃO/VARA<br>4 VARA CIVEL RESIDUAL | DEPOSITANTE<br>RÉU                     | VALOR DO DEPÓSITO (R\$)<br>200,00 |                             |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO<br>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A |                                     | TIPO DE PESSOA<br>Jurídica             | CPF / CNPJ<br>09248608000104      |                             |
| NOME DO AUTOR / IMPETRANTE<br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                 |                                     | TIPO DE PESSOA<br>Física               | CPF / CNPJ<br>00198325240         |                             |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA<br>0CEB20B3905DD7AB                                  |                                     |  |                                   |                             |
| CÓDIGO DE BARRAS   |                                     |  |                                   |                             |



Data: 22/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

CERTIDÃO

Aguardando agendar pericia médica.



Data: 25/11/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: Graciela Joalice Pacheco Rodrigues

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - .- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Aguarda designação de perícia médica.

Boa Vista, 25/11/2020.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)  
Graciela Joanice Pacheco Rodrigues  
Analista Judiciária



Data: 05/01/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

## CERTIDÃO

Aguarda agendar perícia médica.



Data: 16/01/2021

Movimentação: JUNTADA DE OUTROS

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- INTIMAÇÃO - DATA DA PERÍCIA



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

**CERTIDÃO - DATA DA PERÍCIA**

Por ordem do MM. Juiz de Direito, certifico e dou fé, que foi designado como perito o **Dr(a). FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA**. Certifico que o(a) mencionado(a) perito(a), agendou o dia **03 de março de 2021, a partir das 15h30 às 17h por ordem de chegada**, para a realização das perícias. Certifico, por fim, que o endereço informado para a realização das perícias é: Sala Comercial na **Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, próximo ao prédio da PROMIDIA, bairro Centro. Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia.** Por ser expressão da verdade, lavrei a presente certidão.

Boa Vista, 16 de janeiro de 2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Diretora de Secretaria

**ATO ORDINATÓRIO**

**Intimo as partes para ciência da data da realização da perícia, qual seja, 03 de março de 2021, a partir das 15h30 às 17h, por ordem de chegada, no seguinte endereço: Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, próximo ao prédio da PROMIDIA, bairro Centro. Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia. INTIMO a parte autora, através de seu(s) advogados, a comparecer na mencionada data, no local acima indicado, munida das fotocópias das principais peças processuais (**laudo(s) médico(s), prontuário de atendimento, eventuais exames, boletim de ocorrência, etc.**), ficando à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. **IMPORTANTE: Chegar no horário indicado, uso obrigatório de máscara, manter o distanciamento pessoal, além de higienização com álcool-gel, dentre outras medidas preventivas para conter a Covid-19.****

Boa Vista, 16 de janeiro de 2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Diretora de Secretaria





16/01/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 16/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS (16/01/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

16/01/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 16/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS (16/01/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

19/01/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 19/01/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS (16/01/2021) e ao evento de expedição seq. 35.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 22/01/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS(16/01/2021 18:53:27). Natureza: Intimação. Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA. Identificador do Cumprimento: 0002

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- MANDADO DE INTIMAÇÃO



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

**MANDADO INTIMAÇÃO PARA PERÍCIA**

( X ) Assistência Judiciária      ( ) Diligência do Juízo      ( ) Verba Indenizatória

|  |
|--|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>   |
| Classe Processual: Procedimento Ordinário  |
| Assunto Principal: Citação   |
| Valor da Causa: : R\$0,00  |
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744           |
| <b>Réu(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

**PESSOA A SER INTIMADA:**

|  |
|--|
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744 |
|--|

O(A) MM. Juiz (a) de Direito da vara supra, manda o(a) Oficial(a) de Justiça Avaliador(a) abaixo nominado que, proceda a INTIMAÇÃO da parte AUTORA para comparecer à perícia designada com o Dr. Fernando Bernardo de Oliveira, para o dia **03 de março de 2021 a partir das 15h30 às 17h**, por ordem de chegada, no seguinte endereço: **Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, próximo ao prédio da PROMIDIA, bairro Centro** (Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia). Ato contínuo INTIME a parte autora a comparecer na mencionada data, no local acima indicado, munida das fotocópias das principais peças processuais ( laudo(s) médico(s), prontuário de atendimento, eventuais exames, boletim de ocorrência, etc.), ficando à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica.

**IMPORTANTE:** Chegar no horário marcado, uso obrigatório de máscara, manter o distanciamento pessoal, além de higienização com álcool-gel, dentre outras medidas preventivas para conter a Covid-19.

Fica a advertência que o processo deverá ser extinto, com julgamento do mérito, sempre que o(a) autor(a), sem justo motivo, deixar de comparecer pessoalmente à perícia ou comparecendo, não levar os documentos necessários para a realização da perícia.

VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Técnica Judiciária



Data: 25/01/2021

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 38) em 22/01/2021

12:58:23. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: FRANCISCO LUIZ DE SAMPAIO. Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Por: Giceane Moraes Da Silva

Data: 27/01/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 26/01/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS  
(16/01/2021) e ao evento de expedição seq. 36.

Por: SISTEMA CNJ

29/01/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 29/01/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 34) JUNTADA DE OUTROS (16/01/2021) e ao evento de expedição seq. 35.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 02/02/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE OUTROS  
(16/01/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Manif. de Designação de Perícia



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo n.º 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelência, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em face de Certidão (Ep. 34.1), que versa sobre o agendamento de avaliação médico pericial.

Desta forma, ciente da designação do feito, o Requerente AGUARDA data de realização do ato formal designado por este respeitável Juízo, e por conseguinte a posterior juntada do laudo de avaliação realizado pela *Expert*.

Por fim, **pugna** pelo prosseguimento do feito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 2 de fevereiro de 2021.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



19/02/2021: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 19/02/2021

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 05/03/2021  
(14 dias)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 22/02/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- manifestação perito
- Portaria

*Fernando Bernardo de Oliveira*  
*Perito Judicial - Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica*  
*CRM 1107 RR / RQE 668*

1 de 1

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) DA 4ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE BOA VISTA / RORAIMA**

Assunto: Impossibilidade momentânea para o  
cumprimento dos atos periciais agendados, do médico  
**Fernando Bernardo de Oliveira**, devido doença.

Ao cumprimentá-lo respeitosamente, venho, qualificado como Fernando Bernardo de Oliveira, brasileiro, casado, médico, CRM 1107-RR, ante honrosa nomeação, requerer a vossa excelência que possa desmarcar as pautas previamente agendadas de perícias judiciais (DPVAT), em virtude de quadro de doença que se encontra passando este profissional, bem como, também, acometendo familiares deste, conforme informado junto ao cartório da 4ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista / RR.

Boa Vista, Roraima - 22 de fevereiro de 2021.

**Fernando B. de Oliveira**  
**Perito**  
Medicina Legal e Perícia Médica  
CRM-RR 1107 / RQE 668

**Fernando Bernardo de Oliveira - CRM RR 1107 / RQE 668**  
**Perito Judicial – Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica**

Endereço: Av. Mario Homem de Melo, 507 - 3, sub esquina com Travessa B, Bairro Centro, Boa Vista/Roraima.  
Consultório Médico (acesso pela travessa B). Próximo ao Prédio PROMIDIA.  
Telefone: (95) 98102 6474 / E-mail: fbofiviera@yahoo.com

Boa Vista, 19 de fevereiro de 2021

Diário da Justiça Eletrônico

ANO XXIV - EDIÇÃO 6861 019/316

Presidência - TJRR

## PRESIDÊNCIA

### PORTARIA CONJUNTA N.º 05, DO DIA 18 DE FEVEREIRO DE 2021.

O PRESIDENTE e a CORREGEDORA-GERAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE RORAIMA, no uso das suas respectivas atribuições legais e regimentais,

**CONSIDERANDO** a Portaria Conjunta n.º 02, de 25 de janeiro de 2021, da Presidência e da Corregedoria-Geral de Justiça, que suspendeu o Plano de Retorno das Atividades Presenciais do Tribunal de Justiça de Roraima até o dia 04/02/2021, em razão do recrudescimento da pandemia no Estado de Roraima;

**CONSIDERANDO** a prorrogação, até o dia 19/02/2021, da Portaria Conjunta n.º 02, de 25 de Janeiro de 2021, pela Portaria Conjunta n.º 03, de 4 de fevereiro de 2021;

**CONSIDERANDO** os termos do Decreto n.º 017-E, de 10 de fevereiro de 2021, da Prefeitura Municipal de Boa Vista (publicado no Diário Oficial do Município n.º 5313, de 11 de fevereiro de 2021), que estabelece medidas em relação à pandemia do Coronavírus (Covid-19), com base nos requisitos de saúde pública;

**CONSIDERANDO** o agravamento da pandemia causada pelo Covid-19, especialmente na Região Norte do País, devidamente atestado pela Secretaria Estadual de Saúde de Roraima – SESAU;

**CONSIDERANDO** as recomendações expedidas pelos órgãos de saúde pública, com a finalidade de impedir e/ou mitigar a disseminação do Coronavírus;

**CONSIDERANDO** a necessidade de preservar a saúde dos operadores do direito e da população em geral;

### RESOLVEM:

**Art. 1º** Prorrogar até o dia 28/02/2021, o prazo de vigência da Portaria Conjunta n.º 02, de 25 de janeiro de 2021.

**Art. 2º** Suspender a modalidade presencial das audiências, das sessões do Tribunal do Júri, das sessões do Tribunal Pleno e da Turma Recursal e os atendimentos presenciais do Poder Judiciário de Roraima.

**Art. 3º** Esta Portaria Conjunta entra em vigor na data da sua publicação.

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.

**Desembargador Cristóvão Suter**  
Presidente

**Desembargadora Tânia Vasconcelos**  
Corregedora-Geral de Justiça

Data: 22/02/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA DESPACHO

Complemento: Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 23/02/2021

Movimentação: REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

**DESPACHO**

1. Considerando as novas medidas preventivas para evitar proliferação e possível contágio pelo novo coronavírus COVID-19.
  2. Considerando ainda a Portaria Conjunta n.º 05 do E. Tribunal de Justiça do Estado de Roraima, hei por bem deferir o pedido do i. Perito Judicial, na forma requerida, determinando o cancelamento das perícias médicas.
  3. Após a suspensão das medidas de prevenção pelas autoridades federal, estadual e municipal de vigilância sanitária, determino que o nobre perito seja intimado para informar nova data para realização das perícias médicas.
  4. Com a designação de nova data para perícia, determino a intimação das partes para a realização do ato processual.
  5. Expedientes necessários.
  6. Intimem-se. Cumpra-se.
- Comarca de Boa Vista (RR), data constante do sistema.

***Jarbas Lacerda de Miranda***  
*Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível*  
*(assinado digitalmente)*



Data: 23/02/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 46) REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 23/02/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 46) REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 28/02/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 01/03/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 46) REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021) e ao evento de expedição seq. 47.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 02/03/2021

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 38) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (22/01/2021  
12:58:23). Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Por: FRANCISCO LUIZ DE SAMPAIO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça



## CERTIDÃO

Processo:

Mandado:

Mandado para: **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**

Vara/Juizado:

Certifico e dou fé, em cumprimento à r. ordem judicial, diligenciei seu cumprimento, porém, deixei de proceder a INTIMAÇÃO/CITAÇÃO/NOTIFICAÇÃO do(a) senhor(a) acima nominado em virtude de não o(a) ter encontrado:

Não consegui contato pelo telefone indicado apresentou mensagem de que não existe, embora tenha acrescentado um algarismo “9” - parte da configuração atua dos números.

Também em virtude da Portaria Conjunta nº 02, de 25 de janeiro de 2021(PC02,25/01/2021), com efeitos prorrogados pela Portaria Conjunta nº 06 de 25 de fevereiro de 2021, não estando o presente mandado dentro da hipótese abrangida pela Recomendação 02, de 28 de janeiro de 2021, que faz recomendação, excepcionais, para as “audiências” marcadas anteriormente à PC02,25/01/2021 (acima).

Boa Vista/RR, 01 de marcas de 2021.

(assinado digitalmente)

**FRANCISCO LUIZ DE SAMPAIO**

Oficial de Justiça - matrícula. 3010595



Data: 02/03/2021

Movimentação: JUNTADA DE COMPROVANTE

Complemento: Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 38) em 22/01/2021 -

Referente ao evento JUNTADA DE OUTROS (16/01/2021). Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA  
BEZERRA

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

06/03/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 06/03/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA) em 05/03/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 46) REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021) e ao evento de expedição seq. 48.

Por: SISTEMA CNJ

08/03/2021: RENÚNCIA DE PRAZO DE GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA .

Data: 08/03/2021

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Complemento: Referente ao evento REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

09/03/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 09/03/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 46) REFORMA DE DECISÃO ANTERIOR (23/02/2021) e ao evento de expedição seq. 47.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 09/04/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: MARIA DO PERPETUO SOCORRO L GUERRA AZEVEDO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

## CERTIDÃO

Aguarda agendar perícia médica.



Data: 12/05/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: Graciela Joaice Pacheco Rodrigues

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - .- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Aguarda agendar perícia médica.

Boa Vista, 12/5/2021.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)  
Graciela Joanice Pacheco Rodrigues  
Analista Judiciária



Data: 14/06/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

## CERTIDÃO

Aguarda agendar perícia médica.



14/06/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/06/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 57) JUNTADA DE CERTIDÃO (14/06/2021)

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

14/06/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/06/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 57) JUNTADA DE CERTIDÃO (14/06/2021)

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

14/06/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 14/06/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 14/06/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 57) JUNTADA DE  
CERTIDÃO (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 59.

Por: Thiago Amorim Dos Santos

14/06/2021: RENÚNCIA DE PRAZO DE GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA .

Data: 14/06/2021

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Complemento: Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (14/06/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Data: 24/06/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/06/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 57) JUNTADA DE CERTIDÃO (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 58.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

21/07/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 21/07/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 57) JUNTADA DE CERTIDÃO (14/06/2021) e ao evento de expedição seq. 58.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 22/07/2021

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- Perícia Designada - 01/09/2021



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

**DATA DA PERÍCIA - CERTIDÃO**

Por ordem do MM. Juiz de Direito, certifico e dou fé, que foi designado como perito o **Dr(a). FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA**. Certifico que o(a) mencionado(a) perito(a), agendou o dia **01 de setembro de 2021, a partir das 16h05 às 17h**, para a realização das perícias. Certifico, por fim, que o endereço informado para a realização das perícias é: Sala Comercial na **Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, próximo ao prédio da PROMÍDIA, bairro Centro. Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia.** Por ser expressão da verdade, lavrei a presente certidão.

Boa Vista, 22 de julho de 2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Diretora de Secretaria

**ATO ORDINATÓRIO**

**Intimo as partes** para ciência da data da realização da perícia, qual seja, **01 de setembro de 2021, a partir das 16h05 às 17h, por ordem de chegada**, no seguinte endereço: **Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, próximo ao prédio da PROMÍDIA, bairro Centro. Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia.** **INTIMO a parte autora, através de seu(s) advogados**, a comparecer na mencionada data, no local acima indicado, munida das fotocópias das principais peças processuais (**laudo(s) médico(s), prontuário de atendimento, eventuais exames, boletim de ocorrência, etc.**), ficando à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. **IMPORTANTE: Uso obrigatório de máscara, cartão de vacina para priorizar o atendimento, manter o distanciamento pessoal, além de higienização com álcool-gel, dentre outras medidas preventivas para conter a Covid-19.**

Boa Vista, 22 de julho de 2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Diretora de Secretaria



Data: 22/07/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (22/07/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 22/07/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO  
(22/07/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 29/07/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 29/07/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO  
ORDINATÓRIO (22/07/2021) e ao evento de expedição seq. 66.

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Data: 29/07/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO  
ORDINATÓRIO (22/07/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Manif. de Desig. de Pericia



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo n.º 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente a presença de Vossa Excelência, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em face de Certidão (Ep. 64.1), que versa sobre o agendamento de avaliação médico pericial.

Desta forma, ciente da designação do feito, o(a) Requerente AGUARDA data de realização do ato formal designado por este respeitável Juízo, e por conseguinte a posterior juntada do laudo de avaliação realizado pelo(a) *Expert*.

Por fim, **pugna** pelo prosseguimento do feito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 29 de julho de 2021.

(Assinado Eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



01/08/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 01/08/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 02/08/2021 com prazo de 5 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (22/07/2021) e ao evento de expedição seq. 65.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 06/08/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(22/07/2021  
12:36:48). Natureza: Intimação. Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA. Identificador do  
Cumprimento: 0003

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- MANDADO DE INTIMAÇÃO PARA PERÍCIA



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

**MANDADO DE INTIMAÇÃO PARA PERÍCIA**

(X) Assistência Judiciária      ( ) Diligência do Juízo      ( ) Verba Indenizatória

|  |
|--|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>   |
| Classe Processual: Procedimento Ordinário  |
| Assunto Principal: Citação   |
| Valor da Causa: : R\$0,00  |
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744           |
| <b>Réu(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

**PESSOA A SER INTIMADA:**

|  |
|--|
| <b>Autor(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744 |
|--|

Por ordem do MM. Juiz de Direito Titular da 4.ª Vara Cível, pelo presente instrumento fica Vossa Senhoria **INTIMADA** para comparecer à perícia designada com o Dr. Fernando Bernardo de Oliveira, para o dia **01 de setembro de 2021, a partir das 16h05 às 17h**, por ordem de chegada, no seguinte endereço: **Av. Mario Homem de Melo, nº 507-3, sub esquina com Travessa B, bairro Centro. Consultório médico com acesso pela travessa B, ao lado do Conselho de Psicologia.** **INTIMO** ainda **Vossa Senhoria** para comparecer na mencionada data, no local acima indicado, munida das fotocópias das principais peças processuais (**laudo(s) médico(s), RX, prontuário de atendimento, eventuais exames, boletim de ocorrência, etc.**), ficando à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. **IMPORTANTE: Uso obrigatório de máscara, manter o distanciamento pessoal, além de higienização com álcool-gel, dentre outras medidas preventivas para conter a Covid-19.**

Fica a advertência que o processo deverá ser extinto, com julgamento do mérito, sempre que o(a) autor(a), sem justo motivo, deixar de comparecer pessoalmente à perícia, ou comparecendo, não levar os documentos necessários para a realização da perícia.

Comarca de Boa Vista/RR, 06/08/2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**

Diretora de Secretaria, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

ERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para juntar documentos aos autos (procurações, cartas de preposição, contestações, etc.), limite os arquivos ao máximo de 3MB cada, estando devidamente habilitado para acessar ao sistema. 2 - Caso o Sr. Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entre em contato com a Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional Roraima, na Avenida Ville Roy, n.º 1830, Bairro Caçari, Fone: (95)3198-3350.



Data: 06/08/2021

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 70) em 06/08/2021

00:37:01. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: PAULO RENATO  
SILVA DE AZEVEDO. Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Por: Giceane Moraes Da Silva

10/08/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 10/08/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 64) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (22/07/2021) e ao evento de expedição seq. 65.

Por: SISTEMA CNJ

16/08/2021: RETORNO DE MANDADO.

Data: 16/08/2021

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 70) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (06/08/2021 00:37:02). Parte: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Por: PAULO RENATO SILVA DE AZEVEDO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**CENTRAL DE MANDADOS CÍVEL DE BOA VISTA - PROJUDI**  
Rua Araújo Filho, 710 - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - E-mail: ceman@tjrr.jus.br

Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que, **DEXEI DE INTIMAR GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em virtude de diligências no endereço do mandado, ter localizado o imóvel fechado. Dessa feita, no dia **14/8/2021 (sábado) às 9h30min**, deixei uma via da intimação na caixa de correspondências da residência. Outrossim, certifico que o endereço localiza-se no bairro Cambará, e não Nova Canaã, como indicado no mandado. O telefone 99927-5744 é inexistente, conforme mensagem da operadora.

Boa Vista, 16/8/2021.

**PAULO RENATO SILVA DE AZEVEDO**  
Oficial de Justiça  
(Assinado digitalmente - Projudi)



16/08/2021: JUNTADA DE COMPROVANTE.

Data: 16/08/2021

Movimentação: JUNTADA DE COMPROVANTE

Complemento: Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 70) em 06/08/2021 -

Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (22/07/2021). Parte: GUSTAVO BRUNO  
DA SILVA BEZERRA

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Data: 23/08/2021

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 04/09/2021  
(12 dias)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 16/09/2021

Movimentação: JUNTADA DE LAUDO

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

Relação de arquivos da movimentação:

- Laudo

**AValiação Médica para fins de Conciliação**  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

17

**Informações da Vítima**

Nome completo: GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
CPF: 001.983.252-40  
Endereço completo: Rua O8 XXIII, nº 79 - Operário - Boa Vista - RR

**Informações do Acidente**

Local: Av. General Bento Gonçalves, Operário - Boa Vista - RR  
Data do Acidente: 20/04/2018 (conforme relatado no B.O)

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para avaliação médica para fins de conciliação em razão de processo judicial nº 0809116-53.2020.8.23.0010, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e tramita na 4ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Boa Vista - (RR)

Boa Vista, RR - 01/09/2021 Gustavo Bruno da S. Bezerra  
Assinatura da Vítima

**Avaliação Médica**

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

Sim  Não  Prejudicado

*Arrombado +  
Rocst + Rox +  
avaliação  
nesto caso*

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informado:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m) acometida(s):

MIE: fraturas + luxação tornozelo @ +  
fratura 3ª, 4ª e 5ª metatarsais  
+ fratura patela @

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

Tto cirúrgico + complementar

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

Sim  Não

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

OBS: MIE -> Guarnição (Diz que 26  
horas melhores) -> Disfunção temporária.

*Fernando B. de Oliveira  
Medicina Legal e Perícia Médica  
CRM RR 1107 / RQE 668*

17

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

a)  disfunções apenas temporárias  
b)  dano anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo, informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima: MIE: prejuízo anatômico-  
funcional com limitações dolorosas ao

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

Sim, em que prazo: reforço, demonstração da força  
motora, Hipotrofia muscular  
do coxa @ em comparação  
 Não

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

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

Seguimento corporal acometido: contundentes, prejuízo para  
movimentos do joelho @ (abm  
(flexo-extensão), edema  
no tornozelo @ (locar-  
dovante), prejuízo SDM de

a)  Total  
b)  Parcial  
b.1  Parcial completo. (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).  
b.2  Parcial incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima). tornozelo @ (eversão, inversão)

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1 do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido. flexão glenar edema -  
flexão, prejuízo movi-  
mentos, dor, do joelho @,

Segmento Anatómico Marque aqui o percentual

|          |            |                                       |                                   |   |                                      |
|----------|------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| 1ª Lesão | <u>MIE</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão |            | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3ª Lesão |            | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4ª Lesão |            | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados: prejuízo em joelho @, prejuízo  
para agachar-se até o chão.

Processo Judicial nº 0809116-53.2020.8.23.0010 Guarn moderado do  
Local e data da realização do exame médico: Boa Vista, 02/09/2021 Assinatura do médico - CRM: MIE

Fernando Bernardo de Oliveira, CRM RR 1107  
Fernando B. de Oliveira  
Perito  
Medicina Legal e Perícia Médica  
CRM RR 1107 / RQE 668

26

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ53E V65UV 36WN5 FN29Y



16/09/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 16/09/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 76) JUNTADA DE LAUDO (16/09/2021)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

Data: 16/09/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 76) JUNTADA DE LAUDO (16/09/2021)

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

Data: 24/09/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/09/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 76) JUNTADA DE LAUDO (16/09/2021) e ao evento de expedição seq. 77.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 27/09/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 27/09/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 76) JUNTADA DE LAUDO  
(16/09/2021) e ao evento de expedição seq. 78.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 04/10/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO  
(16/09/2021)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08091165320208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi negado administrativamente, tendo em vista que a parte não apresentou sequelas indenizáveis.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Ora Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar uma possível lesão decorrente do acidente sofrido e não oportunizaram uma melhora.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar um suposto agravamento de eventual lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento de eventual lesão sofrida à época do acidente capaz de gerar indenização, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 30 de setembro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**DIEGO PAULI**  
**858 - OAB/RR**



Data: 04/10/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO  
(16/09/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Manif. Conc. com laudo



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo nº 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, apresentar **MANIFESTAÇÃO** em face de Ep. 76.1, que versa sobre juntada de Avaliação Médica para Fins de Verificação do Grau de Invalidez Permanente.

Desta forma, a parte Autora concorda com a avaliação do parecer apresentado no Laudo Técnico, que reconhece o prejuízo funcional do membro/segmento afetado do qual aferiu o percentual de **50%** (**Média – Membro Inferior Esquerdo**) conforme a incapacidade constatada na ficha de avaliação.

Ante ao exposto, **REQUER** o regular prosseguimento do feito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 4 de outubro de 2021.

(Assinado eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/RR Nº 515/A**  
**OAB/PR Nº 62590**



05/10/2021: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 05/10/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Por: MARIA DO PERPETUO SOCORRO L GUERRA AZEVEDO

Data: 21/10/2021

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010

**CERTIDÃO**

Certifico que, nos termos da Recomendação/CGJ nº. 01 de 07 de fevereiro de 2018, expedi o respectivo alvará eletrônico Nº. 20211021194019013929, encaminhei para conferência e posterior assinatura do magistrado no sistema SISCONDJ.

Boa Vista, 21 de outubro de 2021.

**ALDENEIDE NUNES DE SOUSA**  
Analista Judiciária



Data: 22/10/2021

Movimentação: ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Complemento: Alteração Valor da Causa: (De R\$ 0,00 para R\$ 13.500,00)

Por: HONORATO DELFINO DA SILVA NETO

Data: 22/10/2021

Movimentação: JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- s



2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

PROCESSO N.º: 0809116-53.2020.8.23.0010.  
REQUERENTE(s): GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA.  
REQUERIDO(s): SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

## SENTENÇA COM RESOLUÇÃO DE MÉRITO

### I - RELATÓRIO:

1. GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA ajuizou Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT em desfavor da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, ambas as partes estão devidamente qualificadas nos autos.
2. Aduz o requerente que sofreu um acidente de trânsito na data de 20/04/2018, que lhe resultou na(s) lesão(ões) descritas no laudo médico juntado aos autos.
3. O(A) autor(a) afirma também que não houve pagamento administrativo, portanto, entende que tem direito ao saldo remanescente do valor do seguro obrigatório, devendo a parte requerida ser condenada ao pagamento da quantia integral do mencionado seguro, bem como dos demais pedidos constantes de sua petição inicial.
4. Devidamente citada, a parte requerida apresentou contestação, sustentando, em apertadíssima síntese que em procedimento administrativo não foi encontrada nenhuma sequela indenizável.



2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

5. Por este juízo foi designada data para perícia, oportunidade em que a parte autora foi submetida a exame médico-pericial, conforme laudo juntado ao processo.
6. É o breve relato. **DECIDO.**

## II – FUNDAMENTAÇÃO:

7. Não havendo preliminares a ser enfrentada, tampouco qualquer matéria de ordem pública a ser conhecida de ofício, assim passo ao exame do mérito.
8. Não vislumbro a falta de nexos causal no caso *sub judice*, porquanto é natural o registro do boletim de ocorrência somente ocorrer após o acontecimento do acidente e na maioria dos casos a pessoa só consegue ir à delegacia solicitar sua emissão depois de ter feito muito tratamento para restabelecer a saúde.
9. Sendo assim, com relação à alegação de falta de comprovação dos danos e da necessidade de realização da perícia, constato que a mesma foi suprida, em razão do laudo pericial realizado em juízo e juntado aos autos sem impugnação das partes.
10. Dessa forma, em face do mencionado laudo pericial, não há que se falar em laudo particular como única prova para decidir o mérito.
11. Por outro lado, com relação à alegação da necessidade de perícia a ser realizada pelo Instituto Médico Legal tenho a convicção ser dispensável a juntada do Laudo do IML ou outro documento médico para instruir a



2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

ação de cobrança de seguro DPVAT, uma vez que é possível a comprovação do grau e da extensão das lesões durante a instrução processual.

12. Conforme já estabelecido de forma inequívoca por nosso egrégio Tribunal de Justiça, laudo expedido pelo Instituto Médico não constitui documento indispensável à propositura da ação:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT. EXTINÇÃO POR AUSÊNCIA DE PRESSUPOSTO PROCESSUAL. FALTA DO LAUDO DO IML. IMPOSSIBILIDADE. DOCUMENTO PRESCINDÍVEL PARA A COMPROVAÇÃO DO DANO. REALIZAÇÃO DE PERÍCIA EM JUÍZO. NECESSIDADE. SENTENÇA ANULADA. RECURSO PROVIDO". (TJRR, AC 0000.15.002113-7, Câmara Única, Rel. Des. Elaine Cristina Bianchi - p.: 29/10/2015).

13. Nesse passo, a perícia realizada em Juízo supre a ausência do laudo do IML.
14. No mais, o tema em discussão não depende de produção de outras provas, pois muito embora contenha matéria de fato, no entanto, em razão do exame pericial realizado, toda a matéria fática está ao meu entendimento esclarecido, portanto, possível o julgamento da lide no estado atual do processo, uma vez que considero o processo maduro o suficiente para receber provimento jurisdicional.
15. O seguro DPVAT, criado pela Lei nº 6.194/74, tem como finalidade obrigar a todos os proprietários de veículos automotores de via terrestre a pagarem prêmio, a fim de garantir o recebimento de indenizações em caso de morte e invalidez permanente às vítimas de acidente com veículo, bem como o reembolso das despesas médicas e hospitalares.



2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

16. Tal Lei em sua redação original fixou o valor das indenizações por morte e invalidez permanente em 40 (quarenta) vezes o valor do maior salário-mínimo vigente no País.
17. Posteriormente, a Medida Provisória nº 340/2006, convertida na Lei nº 11.482/2007, atribuiu novo valor para indenizações em caso de invalidez permanente, o qual passou a ser de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), aplicável aos acidentes ocorridos a partir de 29/12/2006, quando tal MP entrou em vigor.
18. Mais tarde, a Medida Provisória nº 451/2008, convertida, posteriormente, na Lei n.º 11.945/2009, instituiu a graduação da invalidez, a qual somente pode ser aplicada aos acidentes ocorridos a partir de sua vigência em 16/12/2008 (art. 33, IV, f).
19. Dessa forma, a indenização de seguro DPVAT possui três conjunturas distintas a depender da data do acidente, aplicando-se a redação original da Lei n.º 6.194/47 para os acidentes ocorridos antes de 29/12/2006 e aplicando-se a alteração trazida pela MP n.º 340/2006, convertida na Lei n.º 113482/2007, nos acidentes ocorridos entre 29/12/2006 até 15/12/2008.
20. Já para os acidentes ocorridos a partir de 16/12/2008, aplicam-se as modificações trazidas pela MP n.º 451/2008, convertida na Lei n.º 11.945/2009, a qual estabeleceu indenização escalonada a depender do grau de invalidez da vítima no sinistro, verificada por meio de tabela do CNSP.
21. Nessa linha, cumpre registrar que o Supremo Tribunal Federal, nos termos das ADIns nº 4350 e 4627, declarou a constitucionalidade das





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

alterações normativas que modificaram os parâmetros para o pagamento do Seguro DPVAT. Desse modo, inconteste a constitucionalidade da legislação federal, que deve ser aplicada em caso de invalidez parcial e permanente, no sentido de pagar proporcionalmente à extensão da lesão.

22. Com efeito, verifica-se que a Lei n.º 11.945/2009 foi a única a trazer referência ao grau de invalidez da vítima de acidente de trânsito, motivo pelo qual não se pode aplicar tal graduação aos acidentes ocorridos antes de sua vigência.
23. Neste sentido:

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT INVALIDEZ PERMANENTE SOFRIDA PELO AUTOR EM SEU PUNHO FATO INCONTROVERSO EM RAZÃO DA REVELIA DA SEGURADORA E DA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA COM A INICIAL SENTENÇA QUE FIXA O VALOR DA INDENIZAÇÃO COM BASE NO GRAU DA INVALIDEZ PERMANENTE IMPOSSIBILIDADE - SINISTRO OCORRIDO EM DATA EM QUE JÁ ESTAVA EM VIGOR A MEDIDA PROVISÓRIA N. 340/2006, QUE FOI CONVERTIDA NA LEI N. 11.482/2007 - VALOR DA INDENIZAÇÃO QUE DEVE SER FIXADO EM R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), INDEPENDENTEMENTE DE SER A INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL, INCIDINDO A CORREÇÃO MONETÁRIA A PARTIR DO EVENTO DANOSO E OS JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO RECURSO PROVIDO PARA ESSE FIM.

No momento do cálculo da indenização de seguro obrigatório, não se distingue invalidez permanente total de parcial, razão pela qual a indenização deve ser fixada, segundo jurisprudência predominante deste Tribunal, em seu valor integral, que, no caso, corresponde ao valor previsto na legislação em vigor à época do acidente, qual seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos), quantia máxima prevista na Medida Provisória n. 340/2006, que veio a ser transformada na Lei n. 11.482/2007, devendo a correção monetária incidir a partir do evento danoso, com juros de mora a partir da citação". (Apelação Cível 2008.026988-0. Rel. Des. Luiz Tadeu Barbosa Silva. 5ª Turma Cível. J. 05/03/2009).





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

24. No caso concreto, o acidente ocorreu na vigência da Lei nº 11.945/2009, que estabelece os seguintes critérios:

Art. 31. Os arts. 3.º e 5.º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 3.º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

§ 1.º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

2.º Assegura-se à vítima o reembolso, no valor de até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais), previsto no inciso III do caput deste artigo, de despesas médico-hospitalares, desde que devidamente comprovadas, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado, vedada a cessão de direitos.

§ 3.º As despesas de que trata o § 2o deste artigo em nenhuma hipótese poderão ser reembolsadas quando o atendimento for realizado pelo SUS, sob pena de descredenciamento do estabelecimento de saúde do SUS, sem prejuízo das demais penalidades previstas em lei.?





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

(NR)

Art. 5.º

§ 5.º O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

(NR)

Art. 32. A Lei no 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passa a vigorar acrescida da tabela anexa a esta Lei.”

25. A tabela anexa da lei tem o seguinte teor:

ANEXO  
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).  
(Produção de efeitos).  
(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais Totais<br>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico  | Percentual<br>da Perda    |
|--|---------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores   | 100                       |
| 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 craniofaciais, 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 |                           |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)<br>Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores  | Percentuais<br>das Perdas |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos  | 70                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores   |                           |





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

|  |                        |
|--|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés  | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar                       | 25                     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo  | 25                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                   | 10                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                 | 10                     |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)<br>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais         | Percentuais das Perdas |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                        | 25                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço  | 10                     |

26. Conforme se verifica no laudo pericial juntado nos autos, houve danos corporais parciais incompletos, com grau de lesão de **50%**.
27. Em tal situação, o art. 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, com suas posteriores alterações, estabelecem que, em primeiro lugar deve ser feito o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I do mesmo parágrafo.
28. O percentual a que se chega é de **70%** de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), já que houve perda parcial incompleta do membro inferior esquerdo. Isto corresponde a R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais).
29. Na sequência, novamente de acordo com o mesmo inciso II, reduz-se o valor a **50%** (casos de repercussão média), o que totaliza R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).





2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
“*Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros*”

**DO ÔNUS DA PROVA:**

30. Nesse ponto, devemos fazer um breve esclarecimento: o instituto da inversão do ônus da prova não se confunde com o possível estado de miserabilidade ou pobreza da parte, como pretendem alguns operadores do direito, mas de sua condição de vulnerabilidade reconhecida.
31. Partindo do aspecto processual, caberia ao autor provar os fatos constitutivos do seu direito. Aliás, é o texto expresso do artigo 373, inciso I e II, do NCCPC, quando diz que “O ônus da prova incumbe: I – ao autor, quanto ao fato constitutivo de seu direito; II – ao réu, quanto à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (...)”.
32. Ainda sobre a inversão do ônus da prova temos também o ensinamento dos consagrados processualistas Luiz Guilherme Marinoni, Sérgio Cruz Arenhart e Daniel Mitidiero, Novo Código de Processo Civil Comentado 1ª. ed. - São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015. p. 394/395:

**Ônus da Prova.** O art. 373, *caput*, CPC, distribui o ônus da prova de acordo com a natureza da alegação de fato a provar: ao autor cumpre provar a alegação que concerne ao fato constitutivo do direito por ele afirmado; ao réu, a alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito afirmado pelo autor. As partes têm o ônus de alegar e o ônus de provar conforme nosso CPC. A atribuição do ônus da prova no direito brasileiro é realizada de maneira fixa pela nossa legislação.

**Dupla Finalidade.** A norma que distribui o ônus da prova (art. 373, CPC) tem uma dupla finalidade no processo civil brasileiro contemporâneo. Serve como guia para as partes, funcionando assim como uma regra de instrução, com o que visa estimular as partes à prova de suas alegações e a adverti-las dos riscos que correm ao não prová-las. Serve ainda como um guia para o juiz, no que aparece como uma regra de julgamento, a fim de que o órgão





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**

***“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”***

jurisdicional, diante de uma situação de dúvida invencível sobre as alegações de fato da causa, possa decidi-la sem arbitrariedade, formalizando o seu julgamento com a aplicação do art. 373, CPC.

**Como Regra de Instrução.** Como regra de instrução, o ônus da prova visa estimular as partes a bem desempenharem os seus encargos probatórios e adverti-las dos riscos inerentes à ausência de prova de suas alegações. Serve para a boa formação do material probatório da causa, condição para que se possa chegar a uma solução justa para o litígio. Partindo-se da perspectiva do ônus da prova como regra de instrução é que se pode falar em dinamização do ônus da prova e em inversão do ônus de provar.

**Com Regra de Julgamento.** Como regra de julgamento, o ônus da prova destina-se a iluminar o juiz que chega ao final do procedimento sem se convencer sobre as alegações de fato da causa. Nessa acepção, o art. 373, CPC, é um indicativo para o juiz livrar-se do estado de dúvidas e decidir o mérito da causa. Tal dúvida deve ser suportada pela parte que tem o ônus da prova. Se a dúvida paira sobre a alegação de fato constitutivo, essa deve ser paga pelo demandante, tendo o juiz de julgar improcedente o seu pedido, ocorrendo o contrário em relação às demais alegações de fato. Já se decidiu que o art. 370, CPC, não viola o art. 373, CPC, porquanto a formalização do julgamento a partir da norma sobre o ônus da prova deve ser a última ratio para solução do litígio entre as partes. Nesse sentido, o art. 370, CPC, opera necessariamente em momento anterior ao momento de aplicação do art. 373, CPC (STJ, 5ª Turma, REsp 964.649/RS, rel. Min. Napoleão Nunes Maia, j. 23.08.2007, DJ 10.09.2007, p. 308; STJ, 2ª Seção, REsp 802.832/MG, rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 13.04.2011, Dje 21.09.2011).

**(Grifo do texto original)**

33. Salienta-se que, de acordo com o artigo 341 do NCPC (art. 302 do CPC/73), cabe ao réu se manifestar precisamente sobre os fatos narrados na inicial, presumindo-se verdadeiros os fatos não impugnados.
34. Tal presunção cede quando incompatível com as provas geradas pela defesa, consideradas em seu conjunto (STJ, Resp 772.804/SP, Rel. Min.





2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

Carlos Filho, Rel. p/ Acórdão Min. Humberto Gomes de Barros, 3ª Turma, j. 17.08.2006, p. 271), o que não restou evidenciado na hipótese.

35. Nessa linha, a parte autora apresentou as provas do fato constitutivo do seu direito, na forma do art. 373, I, do NCPC, enquanto a ré não se desincumbiu do seu ônus (373, II, do NCPC), visto que não juntou aos autos documentos hábeis e/ou idôneos, a fim de contrapor as provas apresentadas pela parte autora, em especial o laudo pericial produzido em atendimento ao seu pedido.
36. Apresentou tão somente alegações, sob o argumento de que a parte autora não tinha direito ao prêmio de seguro postulado nesta lide. Portanto, vale à máxima, alegar e não provar é o mesmo que não alegar.
37. Por outro lado, as provas carreadas aos autos demonstram que as sequelas do acidente de trânsito deixaram a parte autora com deformidade, gerando alterações fisiológicas e funcionais, que segundo o *expert*, são deformidades permanentes.
38. **Assim, o laudo pericial restou conclusivo no sentido de que houve de fato a lesão da autora passível de indenização, com agravante das lesões anteriores.**
39. O contrato em tela foi avençado entre as partes com o objetivo de garantir o pagamento de indenização para a hipótese de ocorrer à condição suspensiva consubstanciada no evento danoso previsto contratualmente, cuja obrigação da seguradora é o pagamento do prêmio devido e de prestar as informações necessárias.



2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

40. Em contrapartida a seguradora deve informar as garantias dadas e pagar a indenização devida no lapso de tempo estipulado.
41. Ressalte-se que os pressupostos do contrato de seguro são a cobertura de evento futuro e incerto capaz de gerar dano ao segurado, cuja mutualidade esteja consubstanciada na reparação imediata do prejuízo sofrido, com a transferência do encargo de suportar este risco para a seguradora.
42. Ademais, tais condições devem sofrer forte influência do elemento essencial deste tipo de pacto, qual seja, a boa-fé, nos termos do artigo 422 da atual legislação civil, caracterizado pela sinceridade e lealdade nas informações prestadas pelas partes e cumprimento das obrigações avençadas.
43. Saliente-se que presentes as condições precitadas, deve ser feito o pagamento da obrigação assumida pela seguradora nos limites contratados e condições acordadas.
44. Portanto, para que esta situação ocorra como culpa exclusiva da parte requerente, deve haver intenção do segurado, não bastando mera negligência ou imprudência deste.

**III – DISPOSITIVO:**

45. Em face do exposto, por tudo que dos autos constam, nos termos da fundamentação retro, no mérito **JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE** o pedido do(a) autor(a) para condenar a parte requerida ao pagamento da quantia de **R\$ 4.725,00** (quatro mil e setecentos e





2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

vinte e cinco reais), acrescida de correção monetária a partir da data do fato ilícito (data do evento danoso)<sup>1</sup>, com base na Portaria n.º 2.176/2017 da Presidência do Tribunal de Justiça do Estado de Roraima e com juros legais desde a data da citação<sup>2</sup>, extinguindo-se o processo com resolução de mérito, com base no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

46. Certifique o cartório o trânsito em julgado desta decisão.
47. Condene ainda parte requerida ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, sendo este último no percentual de 15% (quinze por cento) do valor da condenação atualizada.
48. Na hipótese de apresentação de embargos de declaração por uma das partes, intime-se a parte contrária, via sistema virtual, para apresentar as contrarrazões, no prazo de 05 (cinco) dias, após retornem-me os autos conclusos para a decisão, ficam as partes advertidas que em caso de ser protelatório será condenado em multa processual, nos termos do artigo 1.026, § 2º, do Código de Processo Civil.
49. Havendo recurso da presente sentença, certifique-se acerca da tempestividade e intime-se a parte contrária, via Projudi, para apresentar suas contrarrazões, no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do artigo

<sup>1</sup> "Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso" (AgRg no AREsp 46.024/PR, Rel. Ministro Sidnei Beneti, Terceira Turma, julgado em 16/02/2012, DJe 12/03/2012)".

<sup>2</sup> Súmula 426 do STJ: "Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação".



2021

**JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA**  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

1.010, §§ 1º, 2º e 3º, do Código de Processo Civil e após remetam-se os autos à instância superiora.

50. Intime(m)-se a(s) parte(s) requerente(s), por intermédio de seu advogado, para efetuar(em) o(s) pagamento(s) das custas processuais no valor de R\$ 111,46 (cem e onze reais e quarenta e seis centavos), no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos da lei, mediante guia própria de recolhimento que poderá ser extraída pelo(a) próprio(a) advogado(a) da parte no site do Tribunal de Justiça do Estado de Roraima.
51. Com o pagamento das custas processuais finais, dê-se baixa e arquivem-se os autos.
52. Na hipótese de não pagamento das custas finais, expeça-se o Termo de Constituição de Crédito e encaminhe ao Setor de Arrecadação – FUNDEJURR, para protesto e demais providências administrativas.
53. Para se alcançar maior celeridade e agilidade na tramitação dos processos, nos termos do inciso XIV3 do Artigo 93 da Constituição Federal, determino aos servidores do Cartório desta Vara para adotar os comandos e procedimentos ordinatórios, sem caráter decisório, objetivando a rápida solução da demanda e finalização da prestação jurisdicional, ainda que isso importe em outros atos de caráter conciliatório, administração e executórios, que deverão ser reduzidos a termo o Ato Ordinatório (Portaria Conjunta n.º 001/2016 - publicada no DJe n.º 5876) ou lavrada a respectiva certidão.

<sup>3</sup> XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).





2021

JUÍZO DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE BOA VISTA  
*“Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros”*

54. Publique-se. Registre-se. Intimem-se. Cumpra-se.

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

*Jarbas Lacerda de Miranda*  
Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível  
(assinado digitalmente)



Data: 23/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (22/10/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 23/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JULGADA PROCEDENTE EM  
PARTE A AÇÃO (22/10/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

25/10/2021: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE HONORÁRIOS PERICIAIS.

Data: 25/10/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE HONORÁRIOS PERICIAIS

Complemento: Referente ao evento (seq. 84) JUNTADA DE CERTIDÃO(21/10/2021 19:42:35).

Identificador do Cumprimento: 0004

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Relação de arquivos da movimentação:

- alvará SisconDJ

PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE RORAIMA - RR  
ALVARA ELETRÔNICO DE PAGAMENTO N 20211021194019013929

|                                |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Comarca                        | Vara/Serventia                |
| BOA VISTA                      | 4 VARA CIVEL RESIDUAL         |
| Numero do Processo             |                               |
| 08091165320208230010           |                               |
| Autor                          | Reu                           |
| GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA | SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO |
| CPF/CNPJ Autor                 | CPF/CNPJ Réu                  |
| 001.983.252-40                 | 9.248.608/0001-04             |
| Data de Expedicao              | Data de Validade              |
| 21/10/2021                     | 18/02/2022                    |

TOTAL DE PAGAMENTOS INFORMADOS NO MANDADO: 001

|                             |                               |                      |                |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------|
| Numero da Solicitacao:      | 0001                          | Tip o Val or.....:   | Total da conta |
| Val or.....:                | 204,74                        | Cal cul ado em.....: | 21.10.2021     |
| IR.....:                    | 0,00                          | Tari fa.....:        | 0,00           |
| Fi nal idade.....:          | Crédi to em C/C BB            | Tip o Conta.....:    | Cta Corrente   |
| Agênci a.....:              | 3985                          | Nome Agênci a.....:  | AMAPA          |
| Conta/Dv.....:              | 00.000.014.137-2              |                      |                |
| Ti tul ar Conta.....:       | FERNANDO BERNARDO DE OLIV     |                      |                |
| Benefi ci ari o.....:       | FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA |                      |                |
| CPF/CNPJ Benefi ci ari o:   | 020.996.954-74                |                      |                |
| Tip o Benefi ci ari o.....: | Fi si ca                      |                      |                |
| Conta/Pcl Resgatada..:      | 3700102863677 0000            |                      |                |

Pági na 1



Data: 02/11/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 03/11/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 86) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (22/10/2021) e ao evento de expedição seq. 87.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 03/11/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA)  
em 03/11/2021 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 86) JULGADA  
PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (22/10/2021) e ao evento de expedição seq. 88.

Por: SISTEMA CNJ

25/11/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO.

Data: 25/11/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (22/10/2021)

Por: Thiago Amorim Dos Santos

Relação de arquivos da movimentação:

- Ciência de Decisão/Acórdão



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo n.º 0809116-53.2020.8.23.0010**

**GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, já devidamente qualificado nos autos em epígrafe, por meio de seu advogado que esta subscreve, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, **MANIFESTAR** que está ciente do r. *Decisum* (Ep. 86.1), e concordando com o mesmo, não pretende interpor recurso.

Ante ao exposto, ***requer*** prosseguimento do feito para o devido cumprimento por parte da Requerida, quanto ao pagamento dos valores a título de indenização decorrente de acidente de trânsito.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

Boa Vista/RR, 25 de novembro de 2021.

(assinado eletronicamente)  
**THIAGO AMORIM DOS SANTOS**  
**OAB/PR nº 62590**  
**OAB/RR nº 515-A**



26/11/2021: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 26/11/2021

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A \*Referente ao evento (seq. 86) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (22/10/2021) e ao evento de expedição seq. 87.

Por: SISTEMA CNJ

26/11/2021: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE PROCEDIMENTO ORDINÁRIO PARA CUMPRIMENTO DE SENTENÇA.

Data: 26/11/2021

Movimentação: MUDANÇA DE CLASSE PROCESSUAL DE PROCEDIMENTO ORDINÁRIO  
PARA CUMPRIMENTO DE SENTENÇA

Por: WILLY RILKE PAIVA

29/11/2021: TRANSITADO EM JULGADO EM 26/11/2021 .

Data: 29/11/2021

Movimentação: TRANSITADO EM JULGADO EM 26/11/2021

Complemento: Para o processo.

Por: Arielly Né de Almeida

Data: 29/11/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE CUSTAS

Complemento: Referente ao evento (seq. 86) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A  
AÇÃO(22/10/2021 17:49:06). Identificador do Cumprimento: 0005

Por: Arielly Né de Almeida

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - ,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0809116-53.2020.8.23.0010

Exequente(s): GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA

Executado(a): Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

**ATO ORDINATÓRIO**

Em cumprimento ao artigo 131 do Provimento da Corregedoria-Geral de Justiça n.º. 002/2017, fica intimada a parte **EXECUTADA** para pagamento das Custas Judiciais (custas finais), no prazo de 15 (quinze) dias. Decorrido o referido prazo, sem manifestação da referida parte, será expedido Termo de Constituição de Crédito e encaminhado ao FUNDEJURR.

| <b>CUSTAS PROCESSUAIS</b>                    |                   |
|--|-------------------|
| Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010          |                   |
| VALOR DA CAUSA: (R\$)                        | R\$ 13.500,00     |
| CUSTAS PELO AUTOR (conforme sentença EP. 86) | ---               |
| CUSTAS PELO RÉU (conforme sentença EP. 86)   | R\$ 244,35        |
| CUSTAS PAGAS (EP. 9)                         | ---               |
| <b>TOTAL - CUSTAS DEVIDAS</b>                | <b>R\$ 244,35</b> |



**A CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA**, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

**CONSIDERANDO** os artigos 2º e 25 da Lei Estadual 1157/2016 que tratam da atualização dos valores de custas judiciais e emolumentos, bem como de sua publicidade;

**CONSIDERANDO** que o índice oficial de atualização das tabelas da Lei Estadual nº 1157/2016 - INPC/IBGE teve valor nominal acumulado no ano de 2020 de 5,45% (cinco vírgula oitenta e oito por cento);

**RESOLVE:**

Art. 1º Ficam alteradas as tabelas do Regimento de Custas e Emolumentos do Estado de Roraima para o ano de 2021, conforme anexo único deste Provimento.

Art. 2º Este provimento entra em vigor a partir de 1º de Fevereiro de 2021, revogando-se as disposições em contrário.

Almiro Padilha  
Corregedor-Geral de Justiça

**ANEXO 1**

**TABELA A**

**ITEM 1 - ENCARGOS JUDICIAIS DO 1º GRAU**

|                                | VARIÇÃO INPC (JAN-DEZ 2020) (%) |              |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
|                                | 2020                            | 2021         |
| A - Ações de valor inestimável | R\$ 77,25                       | R\$ 81,46    |
| B - Ações de valor estimável   |                                 |              |
| Até 5.000,00                   | R\$ 77,25                       | R\$ 81,46    |
| De 5.001,00 até 20.000,00      | R\$ 231,72                      | R\$ 244,35   |
| De 20.001,00 até 50.000,00     | R\$ 772,47                      | R\$ 814,57   |
| Acima de 50.001,00             | R\$ 1.544,93                    | R\$ 1.629,13 |
| C - Incidente processual       | R\$ 77,25                       | R\$ 81,46    |

Observações:

- 1ª) Salvo as disposições concernentes à Justiça Gratuita, cabe às partes prover as despesas dos atos que realizam ou requerem no processo, antecipando-lhes o pagamento desde o início até sentença final; e bem ainda na execução até plena satisfação do direito. Por ocasião do ajuizamento, as partes deverão antecipar as custas em 50%  
2ª) O preparo final será feito antes do julgamento, salvo se, em contrário, determinar o Juiz. Terminando o feito por acordo entre as partes, antes da sentença, as custas finais serão pagas por metade.

SICOJURR - 00073615

Boa Vista, 26 de janeiro de 2021

Diário da Justiça Eletrônico

ANO XXIV - EDIÇÃO 6846 017/123

3ª) Das modificações de valores: somente haverá complementação de custas quando o valor atribuído à inicial, por erro ou impossibilidade de correta determinação, sofrer o necessário reajuste, caso em que se compensará o valor já pago, da seguinte forma:

- calcular-se-ão as custas sobre o valor definitivo da ação;
- tomar-se-á o valor já pago expresso em Real da época do pagamento feito, subtraindo-se do novo valor;
- complementação, se houver, corresponderá à diferença apurada;

Boa Vista/RR, 29/11/2021.  
**Arielly Né de Almeida**  
Analista Judiciária



Data: 29/11/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA  
com prazo de 15 dias corridos - Referente ao evento (seq. 96) EXPEDIÇÃO DE  
LEVANTAMENTO DE CUSTAS (29/11/2021)

Por: Arielly Né de Almeida

Data: 30/11/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- Guia de Arrecadacao Judiciaria

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08091165320208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada da inclusa guia de recolhimento de custas finais, bem como diante do cumprimento da obrigação e da satisfação do credor, requer a baixa do processo no cartório distribuidor e o subsequente arquivamento dos autos.**

Por oportuno, em caso de verificado saldo remanescente a ser recolhido, pugna-se pela intimação da demandada, em nome do seu causídico abaixo apontado.

Por derradeiro, requer, ainda a ré que seja observado exclusivamente o nome do advogado **DIEGO PAULI, 858**, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termos em que,

Pede Juntada.

BOA VISTA, 26 de novembro de 2021.

**João Barbosa**  
OAB/RR 451-A

**DIEGO PAULI**  
858 - OAB/RR

|   |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
|---|------------------------------|----------------------------------|-------------------|--|----------------------------------|--|
|  86660000001-6 11460574106-4 02021112200-5 10210068639-7<br><b>GUIA DE ARRECAÇÃO JUDICIÁRIA</b> |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
| Órgão:<br><b>FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA</b>  | CNPJ:<br>05.741.060/0001-89  | Agência:<br>3797-4               | Conta:<br>51669-4 | Valor do Documento:<br><b>R\$ 111,46</b> | Vencimento:<br><b>22/11/2021</b> |  |
| Comarca:<br><b>BOA VISTA</b>  | Nº G.A.J.:<br>010.21.0068639 | Valor da Causa:<br>R\$ 13.500.00 |                   | Processo:<br>0809116-53.2020.8.23.0010   |                                  |  |
| Contribuinte:<br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a   |                              |                                  |                   | CPF/CNPJ:<br>09.248.608/0001-04          |                                  |  |
| Autenticação Mecânica   |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
|    |                              |                                  |                   |  |                                  |  |

|  |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
|--|------------------------------|----------------------------------|-------------------|--|----------------------------------|--|
|  86660000001-6 11460574106-4 02021112200-5 10210068639-7<br><b>GUIA DE ARRECAÇÃO JUDICIÁRIA</b>  |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
| Órgão:<br><b>FUNDO ESPECIAL DO PODER JUDICIÁRIO DE RORAIMA</b>   | CNPJ:<br>05.741.060/0001-89  | Agência:<br>3797-4               | Conta:<br>51669-4 | Valor do Documento:<br><b>R\$ 111,46</b> | Vencimento:<br><b>22/11/2021</b> |  |
| Comarca:<br><b>BOA VISTA</b>   | Nº G.A.J.:<br>010.21.0068639 | Valor da Causa:<br>R\$ 13.500.00 |                   | Processo:<br>0809116-53.2020.8.23.0010   |                                  |  |
| Contribuinte:<br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/a  |                              |                                  |                   | CPF/CNPJ:<br>09.248.608/0001-04          |                                  |  |
| Descrição das receitas   |                              |                                  |                   |  | Valor R\$                        |  |
| 01. CUSTAS FINAIS  |                              |                                  |                   |  | R\$ 111,46                       |  |
| OBS.:<br><b>PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCO DO BRASIL OU PAP – CORRESPONDENTE BANCO DO BRASIL<br/>                 CASO A PARTE SEJA AMPARADA POR SIGILO PROCESSUAL, O CONTRIBUINTE DEVERÁ PROVAR, OBRIGATORIAMENTE,<br/>                 NO PROCESSO DE ORIGEM DESTA PAGAMENTO, AS INFORMAÇÕES DE QUITAÇÃO DESTA GUIA COM A JUNTADA DE<br/>                 COMPROVANTE BANCÁRIO CONTENDO O CÓDIGO DE BARRAS DA GUIA.</b> |                              |                                  |                   |  | R\$ 111,46                       |  |
| Autenticação Mecânica  |                              |                                  |                   |  |                                  |  |
|   |                              |                                  |                   |  |                                  |  |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8DF\_XEQAG\_AXFPN\_EKN5D





## Guia - Ficha de Compensação

|  |                      |                     |                         |
|--|----------------------|---------------------|-------------------------|
| Nº DA PARCELA  | DATA DO DEPÓSITO     | AGÊNCIA (PREF / DV) | Nº DA CONTA JUDICIAL    |
| 16/11/2021   | 16/11/2021           | 0                   | 0                       |
| TIPO DE JUSTIÇA  | ESTADUAL             |                     |                         |
| DATA DA GUIA   | Nº DO PROCESSO       |                     |                         |
| 16/11/2021   | 08091165320208230010 |                     |                         |
| UF/COMARCA   | ORGÃO/VARA           | DEPOSITANTE         | VALOR DO DEPÓSITO (R\$) |
| RR   | Vara Cível           | RÉU                 | 1.11,46                 |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO                                  | TIPO DE PESSOA       | CPF / CNPJ          |                         |
| SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A    | Jurídica             | 09248608000104      |                         |
| NOME DO AUTOR / IMPETRANTE                             | TIPO DE PESSOA       | CPF / CNPJ          |                         |
| GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                         | FÍSICA               | 00198325240         |                         |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA                                |                      |                     |                         |
| B1B1C28F1F9D0759                                       |                      |                     |                         |
| CÓDIGO DE BARRAS                                       |                      |                     |                         |
| 8666000001 6 11460574106 4 02021112200 5 10210068639 7 |                      |                     |                         |



Data: 02/12/2021

Movimentação: CONCLUSOS PARA DESPACHO

Complemento: Responsável: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Por: JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA

10/12/2021: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 10/12/2021

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA) em 09/12/2021 com prazo de 15 dias corridos \*Referente ao evento (seq. 96) EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE CUSTAS (29/11/2021) e ao evento de expedição seq. 97.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 10/12/2021

Movimentação: DECLARADA INCOMPETÊNCIA

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- d



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA  
COMARCA DE BOA VISTA  
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI

DO CENTRO CÍVICO, 666 -,- Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)  
3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

|  |
|--|
| <b>Processo: 0809116-53.2020.8.23.0010</b>   |
| Classe Processual: Cumprimento de sentença   |
| Assunto Principal: Seguro  |
| Valor da Causa: : R\$13.500,00   |
| <b>Exequente(s)</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA<br>Rua Calebe, 89 - Nova Canaã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-402 - Telefone: (95) 9927-5744             |
| <b>Executado(s)</b><br>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A<br>Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205 |

## DECISÃO DE DECLÍNIO DE COMPETÊNCIA

01. Considerando o teor da Resolução n.º 033/2021, de 18 de agosto de 2021, do Tribunal Pleno, do Tribunal de Justiça do Estado de Roraima, que dispõe:

Art. 1º O artigo 40 da Resolução TP nº 30, de 22 de junho de 2016, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 40.

Parágrafo único. Na Comarca de Boa Vista, a Quinta e Sexta Varas Cíveis têm competência exclusiva para processar e julgar os processos de execução de títulos extrajudiciais e embargos incidentes, nos moldes do Livro II, da Parte Especial, bem como o cumprimento definitivo da sentença que reconhece a exigibilidade de obrigação de pagar quantia certa, com base no Capítulo III, do Título II, do Livro I, da Parte Especial, todos do Código de Processo Civil, e alterações legislativas vigentes e correlatas” (NR)

02. Em vista disso, determino a imediata remessa do(s) feito(s) ao Cartório Distribuir da Capital para adoção das providências necessárias.

03. **Cumpra-se com urgência**, com as homenagens deste Magistrado.

04. Intime(m)-se.

05. Para se alcançar maior celeridade e agilidade na tramitação dos processos, nos termos do inciso XIV[1] do Artigo 93 da Constituição Federal, determino aos servidores do Cartório desta Vara para adotar os comandos e procedimentos ordinatórios, sem caráter decisório, objetivando a rápida solução da demanda e finalização da prestação jurisdicional,



ainda que isso importe em outros atos de caráter conciliatório, administração e executórios, que deverão ser reduzidos a termo o Ato Ordinatório (Portaria Conjunta n.º 001/2016 - publicada no DJe n.º 5876) ou lavrada a respectiva certidão.

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

**Jarbas Lacerda de Miranda**  
*Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível*  
(assinado digitalmente)

---

[1] XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional n° 45, de 2004).



Data: 14/12/2021

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- Guia de Deposito
- Calculo

2710595- C3/ 2020-01422/ INVALIDEZ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

Processo n.º 08091165320208230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada do Comprovante de Pagamento da liquidação.**

**Assim, pugna a ré pela intimação da parte autora nos termos do art. 526, §1º, NCPC, havendo extinção com a concordância expressa ou em sendo ultrapassado o prazo de 05 dias sem manifestação, deverá ser extinta a execução nos termos do art. 526, §3º c/c 924, II, NCPC.**

Por fim, que seja observado exclusivamente o nome do advogado **DIEGO PAULI 858**, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termos em que,

Pede Juntada.

BOA VISTA, 13 de dezembro de 2021.

**João Barbosa**  
OAB/RR 451-A

**DIEGO PAULI**  
858 - OAB/RR



|  |
|--|
| <b>N° DA CONTA JUDICIAL</b><br>1700103987076 |
|--|

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>N° DA PARCELA</b><br>0   | <b>DATA DO DEPÓSITO</b><br>06/12/2021      | <b>AGÊNCIA (PREF / DV)</b><br>3797            | <b>TIPO DE JUSTIÇA</b><br>ESTADUAL        |
| <b>DATA DA GUIA</b><br>03/12/2021   | <b>N° DA GUIA</b><br>2710595               | <b>N° DO PROCESSO</b><br>08091165320208230010 | <b>TRIBUNAL</b><br>TRIBUNAL DE JUSTICA    |
| <b>COMARCA</b><br>BOA VISTA   | <b>ORGÃO/VARA</b><br>4 VARA CIVEL RESIDUAL | <b>DEPOSITANTE</b><br>RÉU                     | <b>VALOR DO DEPÓSITO (R\$)</b><br>8092,41 |
| <b>NOME DO RÉU/IMPETRADO</b><br>SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A |  | <b>TIPO DE PESSOA</b><br>Jurídica             | <b>CPF / CNPJ</b><br>09248608000104       |
| <b>NOME DO AUTOR / IMPETRANTE</b><br>GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA                 |  | <b>TIPO DE PESSOA</b><br>Física               | <b>CPF / CNPJ</b><br>00198325240          |
| <b>AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA</b><br>34300EF3C5CA7634                                  |  |   |   |
| <b>CÓDIGO DE BARRAS</b>   |  |   |   |



23/11/2021 10:28

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Descrição do cálculo               | RETROAGIMOS OS CALCULOS EM 1 MES                          |
| Valor Nominal                      | R\$ 4.725,00  |
| Indexador e metodologia de cálculo | ENCOGE (XI ENCONTRO) - Calculado pelo critério mês cheio. |
| Período da correção                | Março/2018 a Novembro/2021                                |
| Taxa de juros (%)                  | 1 % a.m. simples  |
| Período dos juros                  | 24/03/2020 a 03/12/2021                                   |
| Honorários (%)                     | 15 %  |

### Dados calculados

|                                 |            |                     |
|---------------------------------|------------|---------------------|
| Fator de correção do período    | 1341 dias  | 1,230815            |
| Percentual correspondente       | 1341 dias  | 23,081466 %         |
| Valor corrigido para 01/11/2021 | (=)        | R\$ 5.815,60        |
| Juros(619 dias-21,00000%)       | (+)        | R\$ 1.221,28        |
| Sub Total                       | (=)        | R\$ 7.036,88        |
| Honorários (15%)                | (+)        | R\$ 1.055,53        |
| <b>Valor total</b>              | <b>(=)</b> | <b>R\$ 8.092,41</b> |

[Retornar](#) [Imprimir](#)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDR7 CGFJZ 84V2Q U3KMR



14/12/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/12/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 101) DECLARADA INCOMPETÊNCIA (10/12/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

14/12/2021: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 14/12/2021

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de GUSTAVO BRUNO DA SILVA BEZERRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 101) DECLARADA INCOMPETÊNCIA (10/12/2021)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 14/12/2021

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Redistribuição

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA

Data: 14/12/2021

Movimentação: REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE REMESSA DE EXECUÇÃO CÍVEL (CPC, 475-P, PAR. ÚN.)

Complemento: 6ª Vara Cível - Execução Cível

Por: Glayson Alves da Silva

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão

De ordem, por redistribuição automática.



Data: 14/12/2021

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ