

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2734692720200602165338

Processo 0812517-60.2020.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

13 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 13

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 13	02/06/2020 16:53:38	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
13.1 Arquivo: Contestação		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2723093CONTESTACAO01.pdf Público
13.2 Arquivo: anexo 2		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2723093CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
13.3 Arquivo: kit seguradora		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
12	02/06/2020 00:07:29	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/05/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
11	25/05/2020 09:34:25	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 25/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10	25/05/2020 09:33:02	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 25/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/05/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 9	25/05/2020 09:31:29	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
8	25/05/2020 09:30:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/05/2020)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
7	25/05/2020 09:30:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (25/05/2020)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
[+] 6	25/05/2020 08:29:44	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	18/05/2020 16:46:20	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	18/05/2020 16:46:19	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	18/05/2020 16:46:19	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/05/2020 16:46:19	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	18/05/2020 16:46:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08125176020208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS**, 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 **16/10/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/12/2019**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 02/12/2019 após 01 ANO E 04 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/10/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT, conforme demonstrado abaixo:

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975681666

VIA 01 COB. PENAL 01 AN. TRC. EXERCÍCIO 2019

01015200321

PLACA NAY2388

225.864.078-53

PLACA ANT. UF 00606210-0015403

PAS/MOTOCICLETA/NOB. R/NOB. ALCO/BRASOL

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAR. POT./CIL 2P/014900/ CATEGORIA 09 COB. PREDOMINANTE LARANJA

COTA ÚNICA *PAGU* VENC. COTA ÚNICA *PAGU*

1º VENC. / COTAS *****

2º VENC. / COTAS *****

3º VENC. / COTAS *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$83,29

PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,50

DATA DE PAGAMENTO 30/11/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO - PROIB. SAIR AMB. OCIDENTALITO DE PORTA OBRIGATORIO NAO VALEO PARA TRANS. FRENCIA

90A VISTA-RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975681666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

Exercício 2018 DATA EMISSÃO 12/07/2018

VIA 01 COB. PENAL 01 AN. TRC. EXERCÍCIO 2019

01015200321 YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

2014 2P/014900/ 09 COB. PREDOMINANTE LARANJA

PREMIO TARIFARIO

FNE (R\$) R\$83,29

DETRAN (R\$) R\$9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,50

DATA DE PAGAMENTO 30/11/2017

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Sua busca por placa: NAY2388 UF: RR CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2019	R\$84,58	Quitado	
2018	R\$185,50	Quitado	
2017	R\$185,50	Quitado	

Data Pagamento	Valor Pago
30/11/2017	R\$185,50

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2016	R\$292,01	Quitado	
2015	R\$292,01	Quitado	
2014	R\$124,10	Quitado	

(*) Motocicleta



Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria	Pagamento
2017	RR	B	9	À vista

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto nas [Resoluções CNSP 332/2015](#) e [CNSP 342/2016](#) e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
B	31/07/2017	NÃO	31/05/2017	31/05/2017

RR: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2017

Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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

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

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

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

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

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

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

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

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 citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, 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).

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 26 de maio de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando 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 gradação (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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 **JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08125176020208230010.

Rio de Janeiro, 26 de maio 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Jeremias Nascimento Tereiras
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Radialista
IDENTIDADE:	83775
ENDEREÇO:	Rua São Camilo N° 908 cinturão Verde

OUTORGADO

NOME:	Ilson Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio Pinheiro Galvão 1832 Bunitis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16 / 10 / 2019, cobertura Injeções, vítima: Jeremias Nascimento Tereiras.

Boa Vista, RR, 02 de Dezembro de 2019

LOCAL E DATA
 Jeremias Nascimento Tereiras

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO
 161807-5 de 3164-5624
 Reconhecido por VERÍDICA (SISTEMA)
 T. 0800 400 0000 - 0800 400 0000

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
 Daniel Aquino - Tabelião e Procurador
 Av. Amadeu de Azevedo, 1107 - Boa Vista - RR
 Fone: (067) 827-8871
 Site: www.danielaquino.com.br



Larissa Escrivão Autorizada
 Daniel Aquino

Em testemunha da verdade LPS
 De sua doula, Boa Vista, RR, 02 de dezembro de 2019.
 Consulte o(a) tabelião(a) online em: cidadoportale.com.br
 REC.FIR: 68295245 QUN2RPT4TCC147

10 DEZ. 2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS : 225.864.072-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS
CPF: 225.864.072-53

JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448299/19

Número do Sinistro: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

CPF: 225.864.072-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020

Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

CPF: 432.858.722-68

ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190695800 Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190695800

Vítima: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Data do Acidente: 16/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 225.864.072-53 4 - Nome completo da vítima: Jeremias Nascimento Tenenias

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

5 - Nome completo: Jeremias Nascimento Tenenias 6 - CPF: 225.864.072-53

7 - Profissão: Jornalista 8 - Endereço: Rua São Camilo 9 - Número: 908 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Cristina Verde 12 - Cidade: Bom Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-369

15 - E-mail: deiver@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 69 312 369 17 - Tel.: 69 312 369

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5480 0 CONTA: 24988 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assinou a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bom Vista - RR, 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042729/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 11:14 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:31
Origem: Polícia Judiciária Data: 02/12/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/10/2017 14:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua: Ricardo Franco

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Em frente à Rádio Tropical FM
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEREMIAS NASCIMENTO TORREIAS (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 10/02/1971
Profissão: Jornalista Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Eliane Nascimento Torreias Nome do Pai: Algodinho João Torreias

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.864.072-53

10/12/2019

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: São Camilo
Complemento: Casa
Bairro: Cinturão Verde
Telefone: (95) 99163-4092 (Celular)

Nº: 908

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 225.864.072-53	Placa NAY-2388
Renavam 01015260311	Número do Motor G3C5E-020945
Número do Chassi 9C8DG2510F0015403	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor LARANJA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jeremias Nascimento Torreias	Proprietário



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

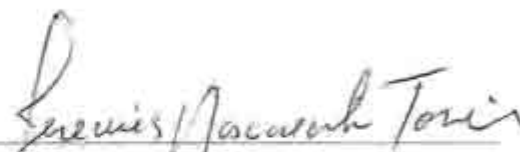
Nº: 042729/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 01751279291), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também devidamente descrita acima. Que ao frear para colidir em veículo, o pneu da frente derrapou, fazendo com que o mesmo perdesse o controle da motocicleta e caísse. Que sofreu lesões corporais e foi levado ao HGR por populares. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42060906
Responsável pelo Atendimento


Jeremias Nascimento Torreias
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

11 DEZ. 2019

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

225. 864.072-53 Jeremias Nascimento Tereias

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Sempre para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Grávida) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 02/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
Secretaria Municipal de Economia, Planejamento e Finanças
Rua Coronel Pinto, 188
Centro 69301-150
Boa Vista RR



ELIZEU ROCHA DOS SANTOS
RUA SAO CAMILO, 908
CINTURAO VERDE
69312-369 - BOA VISTA - RR

Data de Postagem: 17/05/2019



10 DEZ. 2019



SEQ.: 0111 UC: 0108915-3 DT LEIT.: 25/11/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 28461 NORMAL TOTAL: 197,98 CARGA: 009
DT VENC.: 11/12/2019 TBREG.: 000 COL. ESTOR.: 4021

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

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

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

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

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 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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Inácio de Sousa

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.511 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jeremias Nascimento Torquias inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.072 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Jeremias Nascimento Torquias

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 225.864.072 / 53 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buat's</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>sliver@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(96) 99194-4282</u>

Local e Data: Boa Vista-RR, 02 de dezembro de 2019

Assinatura do Declarante

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



46 JUL. 2019



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

KGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

KGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Frederico Mesquita Torres

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

60876

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/02/71

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elaine Norberto de Oliveira

DDD

95

11 - TELEFONE DE CONTATO

91131814109

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua São Lúcio 908, Linhares Verde

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Verde

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

4101

15 - UF

RN

16 - CEP

55000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de Trabalho -
Torção do dorso

10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto. superior

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

Aromia + E. fricção

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex. dorso

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

KGR

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

E. fricção

28 - DOCUMENTO

CNS

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

FRES 1311720

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FREDERICO MESQUITA TORRES

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/10/17

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

FREDERICO MESQUITA TORRES

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 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

CNS

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

CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16/10/17

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

FREDERICO MESQUITA TORRES

(16.10 a 25.10)

0308010019-700
5420
V. 10

from March 10th

from 10th to 11th

from 11th to 12th

from 12th to 13th

from 13th to 14th

10 DEZ. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

DATA: _____
NOME: Suma m. l. montes farias
DE: h. b. REGISTRO: _____
UNICO: D ENFERMARIA: 407 LEITO: 2
C: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia PARA: Cardiologia

dados Clínicos:

10 DEZ. 2019

Risco Cirurgico

paciente h. b. f. 1708

10/10/19
Data

[Assinatura]
Médico

10/10/2019

Cardiologia

SEM Alterações cardiológicas
Frequência do batimento cardíaco 115 + 20 bpm
AR: RR = 78 bpm, Bulha, sibilos
P. sem murmúrio cardíaco, sem murmúrio pulmonar
Sinais de insuficiência cardíaca
Estabilidade geral satisfatória
Conclusão: ECG Normal. Risco cirúrgico
Risco = grupo cirúrgico de alto risco
classe I - ESCAPE de L. C.
(UM)

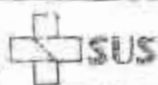
Data

Médico

NO DEZ. 2019

PREScrição Diária

[illegible]



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 - CNEC

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

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

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma contuso com data 10 DEZ. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento urgente e alopático

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

Ex. físico + Rx.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Clavícula (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIA 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 TEOT 19272

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alberto / Dr. Jonathan

25/10/19

Dr. Jonathan C. Lopes

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CUBR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

25/10/19

(até 25.10) 0408010150 - 5720
11799



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/10/17

O.S.:

Frenos Maxilar Torção

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura Clavícula (Dx)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Osteossíntese Clavícula (Dx)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

N.D.N.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

N.D.N.

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo.

CIRURGIÃO:

Dr. Alberto / Dr. Jonathan

1ª AUXILIAR:

Dr. Edmar

2ª AUXILIAR:

Dr. Pablo

INSTRUMENTADORA:

3ª AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

MATERIAL:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1759 / TEOT 14272

- 1 - Manobra com ODI sob bloqueio de pleura.
- 2 - Mucodissecção cl. Cloveix de 2/1 + Antissepsia w/ PVPi + Alcool a 70%
- 3 - Colocação campo cirúrgico.
- 4 - Incisão longitudinal sob clavícula Dx.
- 5 - Identificação poro pré-tubo.
- 6 - Redução Aberta + fixação interna com 1 PK e 5 (parafusos).
- 7 - Limpeza cl. SFO, 91.
- 8 - Sutura pele
- 9 - Curativo
- 10 - A SRPA.

10 DEZ. 2017

Dr. Alberto Ferraz
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 2017
Título Especialista 2017 - 12603



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

2002
Jurema Wassmann Torres 16 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
Midazolam 15mg + Kantanal 100mg		251.10.127
15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100		
AGENTES		
LÍQUIDOS VENOSOS		
DA		
X		
ILSO		
ANES		
X		
OP		
D		
TEMP		
ASPR		
A		
RESP		
D		
Export		
Assist		
Contm		
SÍMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A) clorbutol 0.5% 100ml		Blowby de bolso
B) clorbutol 2% 200mg		blowby interval
C		cureo
D) Celamim 30mg		
E		
F		
G		
GLUCOSE	LÍQUIDOS	
1000	6mg	
SANGUE		
5% 1000		
TOTAL		
1000ml		
OPERAÇÃO	Tórax no campo 2 fômites de clorbutol	
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO
Dr. Ana Paula A. F. F. F.		Dr. Alberto / Dr. Donatiano
PERDA SANGÜEA		
100ml		

Dr. Ana Paula A. F. F. F.
Anestesiologista
CRM-RR 1408

② Sufentanil 2g
① Ondansetron 8mg
④ Tobit 40mg
③ Joo 200A

10 DEZ. 2019

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____
 Aluno: _____
 Funes: _____
 Hepatograma: _____
 ECG: _____
 Pront. Clínico: _____
 RA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

DIAGNÓSTICO: (Cardíaco, hipertensivo, hipertensão, hipotensão, diabético, anticoagulante, diurético, antiácido, sódio, casopressor, MAO, outros)

Estado Mental: _____ Boca: _____
 Hecicop: _____ Velas: _____
 RX: _____
 Pront: _____
 Hepatograma: _____
 ECG: _____
 Pront. Clínico: _____
 RA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Medicação Pré-Anest.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____
 Hm: _____
 r. Coag: _____
 creat: _____
 Cl: _____
 pCO2: _____
 URINA: d: _____ pH: _____
 Sedim: _____
 Ap. gen. Uri: _____
 AP. Resp: _____
 AP. Circ: _____
 AP. Digt: _____
 S. Oclao - Art: _____
 S. Nerv: _____
 S. Endoc: _____
 EH. Fis (ASA): _____
 ANI. Proprieda: _____
 NB: _____

Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 25/10/14
 Hora: 13:30
 Nome: Fabiane
 RA: 1512

Data: _____ Hora: _____

Fabiane
 RA 1512

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Jeremias Nascimento Enf: D Leitor: 907.2 Serv:
 Sexo: Cor: Idade: 46 Peso: Alt: Classe: Data: 23/10/17 Hora:
 Diagn. Pré-OP: Fract. Clavícula Patel. Assoc:
 Cir. Proposta: Artroscopia
 Anest. Ant: Sangue Tipo: Leu: 11.05 Ht: 34% Hb: 13.7
 Alergia: Htn: 4.22 K: p. l. spo:
 Alcool: Funer: r. Coag: Pg: 222.00 Uréia: 29
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcótico, hipotico, creat: 1.64 Ck: 87 Na: mEq/l: mEq/l pH: pO2: BA: BB: BS: BE:
 (digético, anticoagulante, diurético, anti-arrítmico, anti-hipertensivo, anti-angoroso, IMAO, outros)
 Estado Mental: Consciente Hoca: MP1 URINA: d: pH: gte: Alb:
 Prescoco: boa Vozes: 4/4 Sedim:
 RX: Ap. gen. Uri: diversa em
 Fases: AP. Resp: Eufor
 Hepatograma: AP. Circ:
 Outros: TAP 14.5' TTPA 35.3' RN/110 AP. Dig:
 Parecer Clínico: APTO S. Osleo - Art: fract. distal
 PA: 130/80 Pulso: 68 Temp. 30s: 36 S. Nerv:
 S. Endoc:
 Est. Fis (ASA): I AN. Proposta: Art. Requeim
 NR: Eco Rota Simil
 Assinatura: J. Nascimento

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: / /

Hora:

Data: / /

Hora:

Assinatura

Assinatura



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO						Nº	
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES	
A							
B							
C							
D							
E							
F							
G							
GLUCOSE	LÍQUIDOS						
MDCO							
SANGUE							
TOTAL							
DIFERENÇA						Laringe - Espasmo - Edema Glote Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	
ANESTESIA						PERDA SANGÜÍNEA	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		46a	APT OU LEITO	407-2	Nº DO PRONTUÁRIO	NI	DATA	25 / 10 / 2019
CIRURGIA								
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO					
Osteosíntese Fratura Clavícula "D"			INICIO	FIM		TEMPO TOTAL		
			11:40	12:45				
EQUIPE MÉDICA								
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:		Drª Ana Paula			
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA:		Drª Fabiana (R)			
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR					
			CIRCULANTE		Bruna + Kelly			
TIPO DE ANESTESIA: BPB			TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT.	MATERIAL	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO				
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO				
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO				
	LUVA ESTERIL 7.5		7	FIO VICRYLNº 2.0				
17	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0				
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº				
21	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº				
7	LÂMINA BISTURINº 23			FIO CATGUT SIMPLES Nº				
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº				
	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº 1				
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº				
	SERINGA 01ML			SURGICEL				
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO				
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº				
☒	SERINGA 10ML			GEOFOAM- absorção				
☒	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA				
☒	Ólitos		10	OUTROS: Pólvora de Tórax				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL		
		Enfª Dilene						
		Enfª Bruno						
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA					
		Kelly	TAXA DE ANESTESIA					
			SOMA					
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE								

10 DEZ. 2019



NOME: Yulma Naimeto Tonia

ISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

10 DEZ. 2019

CASO PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA					
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Localização	Sinais Vitais			
								T	P	PA	SPO2
Ad. 50	11:40	11:50	12:45		RRP	Mobilização da clavícula		36	59		95
Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg					Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg						
Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg					Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg						
Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg					Exames na Sala: ☒ Ht ☒ Hb ☒ Hemograma ☒ Retic X Sinais Vitais: T: 36°C P: 59 bpm SAT: 95% R: 18 rpm FC: 60 bpm PA: 110 x 65 mmHg						



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

10 DEZ. 2019

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
UNIDADE / SETOR: HGR			
NOME DO PACIENTE: <u>Renato Norberto Taveira</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
25/10/17	<u>Fratura Clavícula D</u>	13:40	985: Paciente internou no C.E. em POI de fratura clavícula D. Em ambiente, orientado BCG. Segue sob cuidado da equipe de enfermagem.
	1) Dito trat. com anti-sepsia	500	
	2) SFG 1.500 ml EV man 24h.	14	
	3) Cloxacilina 15 EV 6/6h.	18:25-26	
	4) Imovel 100 mg EV 8/8h lento (S/N).	50	
	5) Dipirona 16 EV 6/6h.	18:24-26	
	6) Plavix 10 mg EV 8/8h (S/N).	50	
	7) Amoxicilina 40 mg EV 3x	06 NT	
	8) Evolução diária	Rafina	
	9) SSVV + CCG 6/6h	Rafina	
			18:00 PD: 133 x 84.
			FE: 89.
			FR: 80.
			TC: 36,7°.
			24:00
			PA - 94/65
			FC - 50
			T - 36,0
			OG PA: 95/65 mmHg
			FC: 61 T: 36,7°

Priscila Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RJ - 353.432



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Coronel Mota 46 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 18/10/14 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de clavícula

NO DIA 25/10/14 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese de clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Paulo E DR. Dr. Paulo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/10/14 ÀS 14:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL.

CORONEL MOTA NO DIA 2/11/14 ÀS 14:00 COM
DR. Dr. Paulo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Paulo

BOA VISTA, 26/10/14

Dr. Pablo C. Echevarrena Jr.
Médico
CRM-RR 1908

MÉDICO



JEREMIAS NASCIMENTO

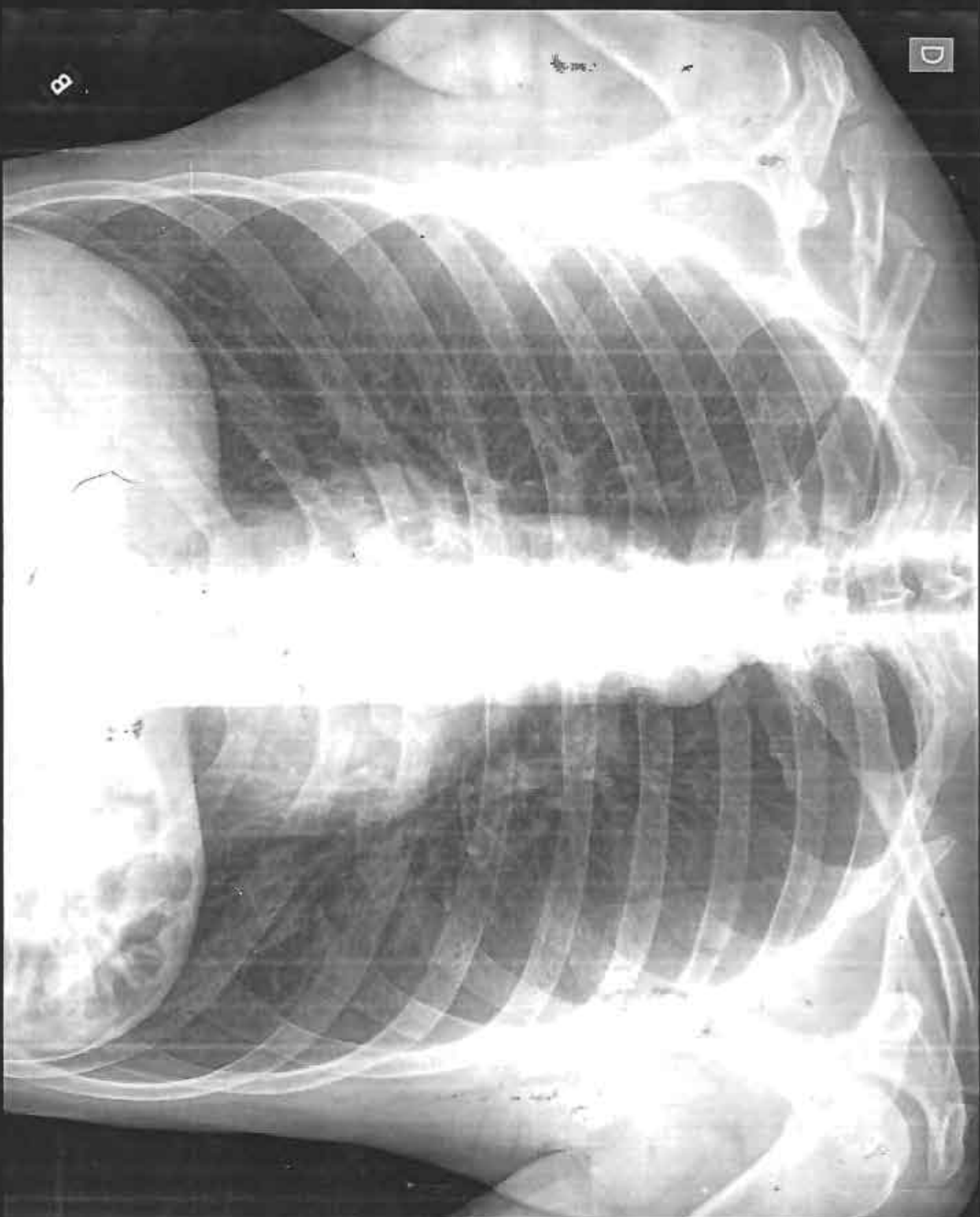
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

8145

16/10/2017 16:22:22

62,1 %

D



B

JEREMIAS NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

17/10/2017 08:26:34

65.1 %

E



D

JEREMIAS, NASCIMENTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO-407-02

TR. ADRIANO

26/10/2017 09:56:35

53,2 %

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GUILLO CRUZ



Polegar Direito



Guilherme Augusto Tomaz

AGENCIÁRIO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

10 DEZ 1978

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

ADOLFO ASSIS
 15.11.1951
 15.11.1951
 15.11.1951

Polegar Direito

Carteira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 28/08/2017

114807

ILDIR INACIO DE SOUZA

JOSÉ SOUZA DE ASSUNÇÃO
 CNIRIA INACIO DE OLIVEIRA
 CITANDUAS - PR

07/04/1978

CERTO CAS AVERB DIVORCIO 576 FLS 276 LIV B-02
 SÃO LUÍZ - RR

363.051.512-04
 2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
 PROFISSIONAL DE REGISTRO

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975681666
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	01015260311	ENTR	EXERCÍCIO
2018			
NOME: JEREMIAS NASCIMENTO TORRE TAS			
RR			
CPF / CNPJ	225.854.072-53	PLACA	NAY2388
PLACA ANT. / UF	9C5052310F0019403		

PAS/MOTOCICLOTA NAU DELAC ALDO BRASUL

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP / POT / CIL: 2P/0149CC CATEGORIA: PARTILCO COR PREDOMINANTE: LARANJA

COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENO COTAS
8PABU*	*PABU*	1* *****
FAIXA LVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
** PABU COTA UNICA **		3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,00 DATA DE PAGAMENTO 30/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMINIO - PROIB SAIR AMAZ
OCIDENTAL - TO BE DE OBRIGATORIO
NAO VALDO PARA TRANSFERENCIA

BOA VISTA-RR 13/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICUL
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975681666 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	01015260311	ENTR	EXERCÍCIO
2018			
CPF / CNPJ	225.854.072-53	PLACA	NAY2388

MARCA / MODELO: YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP / POT / CIL: 2P/0149CC CATEGORIA: PARTILCO COR PREDOMINANTE: LARANJA

COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENO COTAS
8PABU*	*PABU*	1* *****
FAIXA LVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****
** PABU COTA UNICA **		3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,00 DATA DE PAGAMENTO 30/04/2019

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81,25	R\$9,03	R\$90,33

COTA UNICA BILHETE (R\$) R\$0,00 COTA UNICA BILHETE (R\$) R\$0,00 COTA UNICA BILHETE (R\$) R\$0,00

PAGAMENTO: 30/04/2019

COTA UNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.246.508/0001-04

10 DEZ. 2019