



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Foro:               | Bujari               |
| Processo:           | 07000444620208010010 |
| Classe do Processo: | Petição              |
| Data/Hora:          | 17/06/2020 15:52:05  |

**Partes**

|              |                                              |
|--------------|----------------------------------------------|
| Solicitante: | Seguradora Líder dos<br>Consórcios DPVAT S/A |
|--------------|----------------------------------------------|

**Documentos**

|                  |                                               |
|------------------|-----------------------------------------------|
| Petição:         | 2726791_CONTESTACAO_0<br>1 - 1-11.pdf         |
| Anexo - Petição: | 2726791_CONTESTACAO_A<br>nexo_02- - 1-11.pdf  |
| Anexo - Petição: | 2726791_CONTESTACAO_A<br>nexo_02- - 12-18.pdf |
| Anexo - Petição: | 2726791_CONTESTACAO_A<br>nexo_02- - 19-26.pdf |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>1-9.pdf             |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>10-18.pdf           |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER -<br>19-20.pdf           |

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BUJARI/AC

Processo: 07000444620208010010

**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 **MARIVANIA DE ARAÚJO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

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

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, 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/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

#### **(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

### **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.

---

<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;

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.

### **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.

---

<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)

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.

---

<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.”

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

### **DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

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

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

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</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>8</sup>

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:

---

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

<sup>8</sup>**art. 1º. (...)**

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

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

Para fins do 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 DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BUJARI, 9 de junho de 2020.

**DIEGO PAULI**  
**4550 - OAB/AC**



### 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-pentoneais 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                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                 | 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 pés                                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                               | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                     |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                      |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                      | 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 dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| 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 **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIVANIA DE ARAÚJO DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BUJARI**, nos autos do Processo nº 07000444620208010010.

Rio de Janeiro, 9 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

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:** 3190645881 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 22/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO, COM LESÃO DE CÁPSULA ARTICULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE CÁPSULA ARTICULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 12

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

---

**Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190645881**

**Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645881

Vítima: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 18/10/2019, emitido pelo Dr. WESLEY H. S. DA SILVA CRM nº 2296 - AC, da Instituição HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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:

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: AGÊNCIA: CONTA:

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

Estou ciente de que a Seguradora 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,

19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**DETRAN**  
**ACRE**

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**Novo Acre**  
Governo paranaense. novo empreendedor.

# BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01. NÚMERO BAT

0021822

NÚMERO FOLHA

02. RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

03. MUNICÍPIO

04. UF

05. PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC.

06. HORA DA OCORRÊNCIA

07. ZONA RURAL / URBANA

08. DATA

09. DIA DA SEMANA

10. NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO

☐ 1

COLISÃO

☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM

☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO

☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR)

☐ 9

11. TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO

☒ 1

CONCRETO

☐ 3

PARALELEPIPEDO

☐ 5

CASCALHO

☐ 7

TERRA

☐ 9

AREIA

☐ 2

12. CONDIÇÕES DA VIA

SECA

☒ 1

MOLHADO

☐ 3

OLEOSA

☐ 5

ENLAMEADA

☐ 7

DANIFICADA

☐ 9

OBRAS

☐ 2

13. CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM

☒ 1

CHUVA

☐ 3

NEBLINA

☐ 5

GAROA

☐ 7

14. Nº DE VEÍCULOS

2

15. Nº DE VÍTIMAS

01

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

17. SEXO

F

18. NASCIMENTO

24/08/1970

19. ENDEREÇO

Rua João Soares 344 - Bairro - Fone 99234 3023

20. 1ª HABILITAÇÃO

0214 345 6356

21. CATEGORIA

AB

22. PRONTUÁRIO

02143456356

23. UF

AC

24. EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25. USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26. USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27. MARCA

YAMAHA YAC 125 FANTASIA PAS/HOMOCLULO

28. ESPÉCIE

29. PLACA

NXT 4938

30. MUNICÍPIO

Rio Branco

31. UF

32. NOME DO PROPRIETÁRIO

KALIMUNDO NUNATO DE SOUZA OLIVEIRA

33. ENDEREÇO

34. CHASSIS

3UGKE195040057570

35. COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

36. AVARIAS

SETOR ANG. ANT. DIREITO

38. SENTIDO QUE TRAFEGAVA \* VER OBS. COMPLEMENTARES

PERMANECENDO NO ESTACIONAMENTO EM DIREÇÃO AO PRÉDIO UN NORTE

40. AÇÃO DO CONDUTOR

CONDUTIDA PELA SINA

PONTOS

37. CARRO



39. MOTO



41. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

42. NOME CONDUTOR

CARLA ALEXSANDRA ADEO ZAUSA

43. SEXO

F

44. NASCIMENTO

10/10/1971

45. ENDEREÇO

Rua Espirito Santo 204 - JARDIM PAREDE - FONE 34234 6051

46. 1ª HABILITAÇÃO

10/11/2016

47. CATEGORIA

B

48. PRONTUÁRIO

0633659642

49. UF

AC

50. EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51. USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52. USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53. MARCA

FIAT / COMPASS SPORT

54. ESPÉCIE

MTA/CAMIONETA

55. PLACA

NXT 0304

56. MUNICÍPIO

Rio Branco

57. UF

58. NOME DO PROPRIETÁRIO

BETIV AULA ADEO GAIARDOS

59. ENDEREÇO

60. CHASSIS

90867545WJ KH31702

61. COMPARECEU NO POSTO

SIM ☒

NÃO ☐

62. AVARIAS

SETOR LAT. ESQUERDO.

64. SENTIDO QUE TRAFEGAVA \* VER OBS. COMPLEMENTARES

SAINDO (FM DIREÇÃO A SAÍDA DO ESTACIONAMENTO).

66. AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECENDO NO LOCAL

PONTOS

63. CARRO



65. MOTO



67. EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

BAF

68. NOME

69. SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70. NASCIMENTO

71. ENDEREÇO

Jorge Eduardo F. de Oliveira  
Servidor Terceirizado  
CPF: 881.230.712-48  
DETRAN/AC

72. IDENTIDADE Nº

EM: 23/10/2019

73. ÓRGÃO EMISSOR

74. UF

75. NOME

69. SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77. NASCIMENTO

78. ENDEREÇO

79. IDENTIDADE Nº

80. ÓRGÃO EMISSOR

81. UF



|               |                       |                                                                                                                |  |  |                                                                                                                 |                                                                  |                |                                                                      |
|---------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| VÍTIMAS<br>Nº | 82 NOME               | Eduardo F. de Oliveira                                                                                         |  |  | 83 SEXO                                                                                                         | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | 84 NASCIMENTO  | 24/08/91                                                             |
|               | 85 ENDEREÇO           | Rua João Bonfim 544 Buzaci                                                                                     |  |  | 86 FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 87 VIAJAVIA NO<br>VEÍCULO Nº                                     | 88 USAVA CINTO | SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |
|               | 89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> |  |  | 90 CONDUZIDA PARA                                                                                               | Acidente                                                         |                |                                                                      |
|               | 91 NOME               |                                                                                                                |  |  | 92 SEXO                                                                                                         | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>            | 93 NASCIMENTO  |                                                                      |
| VÍTIMAS<br>Nº | 94 ENDEREÇO           |                                                                                                                |  |  | 95 FERIMENTOS<br>LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/> | 96 VIAJAVIA NO<br>VEÍCULO Nº                                     | 97 USAVA CINTO | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>            |
|               | 98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA | CONDUTOR <input type="checkbox"/> PASSAG <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/>            |  |  | 99 CONDUZIDA PARA                                                                                               |                                                                  |                |                                                                      |

# 100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

Jorge Eduardo F. de Oliveira  
Servidor Terciarizado  
CPF: 991.235.712-49  
DETRANAC

FEI COM O ORIGINAL  
EM: 23/12/2019

# 101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Guarnição acionada via DIOSP. A Polícia Técnica realizou uma perícia realizada. O local foi entregue ao Sr. Edmundo Nogueira de Silva, técnico - com o 407-931063. A condutora V2 se responsabilizou em relação ao acidente ocorrido. O veículo estava estacionado quando ocorreu a vítima. A vítima apresentava um ferimento na cabeça, caída ao lado. Ambos os veículos submetidos ao teste frenético resultando em 0,00 m/s². O tempo de reação a informação correta para o campo nº 34, foi de 0,30 s. O tempo de reação (caída para a AC-306) foi a informação correta para o campo nº 35. O acidente ocorreu no estacionamento em direção a entrada principal da Unidade. Os procedimentos dos testes realizados estão em anexo, nº 05224 e 05222.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

|                |                        |                |                           |                                   |
|----------------|------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 102 MOTORISTA  | V1                     | 103 MOTORISTA  | V2                        | 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO |
| 105 NOME       | Eduardo F. de Oliveira | 106 NOME       | Carla Alessandra A. Zauza | 107 NOME RG                       |
| 108 ASSINATURA |                        | 109 ASSINATURA | Carla A. Acunha           | 110 ASSINATURA                    |
| 111 LOCAL      | Rua Beato              | 112 DATA       | 18/12/19                  |                                   |



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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:

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Lider 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) ☐ Divorciado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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,

19/11/2019

Maria Carmo de Araújo da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**Eletrobras**  
Distribuição Acre

**COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE**

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC

CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

## CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: RAIMUNDO NONATO DE SOUZA OLIVEIRA

Endereço: R. JOAO BORGES, 344 -

Bairro - Coab

69. 996-000

N.F.: 6115324

Unidade Consumidora

**4207874**

Mês Faturado - FD

**10/2019 - 0**

Vencimento

**31/10/2019**

Valor a Pagar

**R\$ 168,44**

Após o vencimento será cobrado multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

**ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES**

**0800-647-7196**

**[www.eletrobrasacre.com](http://www.eletrobrasacre.com)**

autenticação mecânica

corte aqui



**Eletrobras**  
Distribuição Acre

**COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE**

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC

CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

Unidade Consumidora

4207874

Mês Faturado - FD

10/2019 - 0

Vencimento

**31/10/2019**

Valor a Pagar

**R\$ 168,44**

**83660000001.9 68440045000.4 00000000420.0 78741019005.4**





HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2677915 DATA: 18/10/2019 HORA: 20:13 USUARIO: COSMA  
CNS: 700508583036853 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

|                |   |                              |                    |
|----------------|---|------------------------------|--------------------|
| NOME           | : | MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA |                    |
| IDADE          | : | 25 ANOS                      | NASC: 24/08/1994   |
| ENDERECO       | : | NAO SABE INFORMAR            |                    |
| COMPLEMENTO    | : |                              | BAIRRO: CEN        |
| MUNICIPIO      | : | BUJARI                       |                    |
| NOME PAI/MAE   | : | ANTONIO MARQUES DA SILVA     |                    |
| RESPONSAVEL    | : | IRMA - MARILANDIA DE ARAUJO  |                    |
| PROCEDENCIA    | : | DISTRITO INDUSTRIAL          |                    |
| ATENDIMENTO    | : | ACIDENTE DE TRANSITO         |                    |
| CASO POLICIAL  | : | SIM                          | PLANO DE SAUDE...  |
| ACID. TRABALHO | : | NAO                          | VEIO DE AMBULANCIA |

DOC.: RG11207080  
SEXO.: FEMININO  
NUMERO:

ENDERECO..... NAO SABE INFORMAR  
COMPLEMENTO.... BAIRRO: CENTRO  
MUNICIPIO..... BUJARI UF: AC CEP....: 69900-000  
NOME PAI/MAE... ANTONIO MARQUES DA SILVA /ERCILIA DIAS DE ARAUJO DA SILVA  
RESPONSAVEL.... IRMA - MARILANDIA DE ARAUJO TEL....: 999451183  
PROCEDENCIA.... DISTRITO INDUSTRIAL  
ATENDIMENTO.... ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL..: SIM PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [120 X 70 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [72] SPO2 [98]

EXAM.COMPL. [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 12/02/04 DE LO SANE (Problema Respiratorio com falta de ar, tosse, perda de consciencia - Colapso lateral com tosse em jato de dióxido de nitrogênio). A: VAP sem dor cervical / corar B: muco espesso C: 2cm, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100. D: 100% E: 100% F: 100% G: 100% H: 100% I: 100% J: 100% K: 100% L: 100% M: 100% N: 100% O: 100% P: 100% Q: 100% R: 100% S: 100% T: 100% U: 100% V: 100% W: 100% X: 100% Y: 100% Z: 100% AA: 100% AB: 100% AC: 100% AD: 100% AE: 100% AF: 100% AG: 100% AH: 100% AI: 100% AJ: 100% AK: 100% AL: 100% AM: 100% AN: 100% AO: 100% AP: 100% AQ: 100% AR: 100% AS: 100% AT: 100% AU: 100% AV: 100% AW: 100% AX: 100% AY: 100% AZ: 100% BA: 100% BB: 100% BC: 100% BD: 100% BE: 100% BF: 100% BG: 100% BH: 100% BI: 100% BJ: 100% BK: 100% BL: 100% BM: 100% BN: 100% BO: 100% BP: 100% BQ: 100% BR: 100% BS: 100% BT: 100% BU: 100% BV: 100% BW: 100% BX: 100% BY: 100% BZ: 100% CA: 100% CB: 100% CC: 100% CD: 100% CE: 100% CF: 100% CG: 100% CH: 100% CI: 100% CJ: 100% CK: 100% CL: 100% CM: 100% CN: 100% CO: 100% CP: 100% CQ: 100% CR: 100% CS: 100% CT: 100% CU: 100% CV: 100% CW: 100% CX: 100% CY: 100% CZ: 100% DA: 100% DB: 100% DC: 100% DD: 100% DE: 100% DF: 100% DG: 100% DH: 100% DI: 100% DJ: 100% DK: 100% DL: 100% DM: 100% DN: 100% DO: 100% DP: 100% DQ: 100% DR: 100% DS: 100% DT: 100% DU: 100% DV: 100% DW: 100% DX: 100% DY: 100% DZ: 100% EA: 100% EB: 100% EC: 100% ED: 100% EE: 100% EF: 100% EG: 100% EH: 100% EI: 100% EJ: 100% EK: 100% EL: 100% EM: 100% EN: 100% EO: 100% EP: 100% EQ: 100% ER: 100% ES: 100% ET: 100% EU: 100% EV: 100% EW: 100% EX: 100% EY: 100% EZ: 100% FA: 100% FB: 100% FC: 100% FD: 100% FE: 100% FF: 100% FG: 100% FH: 100% FI: 100% FJ: 100% FK: 100% FL: 100% FM: 100% FN: 100% FO: 100% FP: 100% FQ: 100% FR: 100% FS: 100% FT: 100% FU: 100% FV: 100% FW: 100% FX: 100% FY: 100% FZ: 100% GA: 100% GB: 100% GC: 100% GD: 100% GE: 100% GF: 100% GG: 100% GH: 100% GI: 100% GJ: 100% GK: 100% GL: 100% GM: 100% GN: 100% GO: 100% GP: 100% GQ: 100% GR: 100% GS: 100% GT: 100% GU: 100% GV: 100% GW: 100% GX: 100% GY: 100% GZ: 100% HA: 100% HB: 100% HC: 100% HD: 100% HE: 100% HF: 100% HG: 100% HH: 100% HI: 100% HJ: 100% HK: 100% HL: 100% HM: 100% HN: 100% HO: 100% HP: 100% HQ: 100% HR: 100% HS: 100% HT: 100% HU: 100% HV: 100% HW: 100% HX: 100% HY: 100% HZ: 100% IA: 100% IB: 100% IC: 100% ID: 100% IE: 100% IF: 100% IG: 100% IH: 100% II: 100% IJ: 100% IK: 100% IL: 100% IM: 100% IN: 100% IO: 100% IP: 100% IQ: 100% IR: 100% IS: 100% IT: 100% IU: 100% IV: 100% IW: 100% IX: 100% IY: 100% IZ: 100% JA: 100% JB: 100% JC: 100% JD: 100% JE: 100% JF: 100% JG: 100% JH: 100% JI: 100% JJ: 100% JK: 100% JL: 100% JM: 100% JN: 100% JO: 100% JP: 100% JQ: 100% JR: 100% JS: 100% JT: 100% JU: 100% JV: 100% JW: 100% JX: 100% JY: 100% JZ: 100% KA: 100% KB: 100% KC: 100% KD: 100% KE: 100% KF: 100% KG: 100% KH: 100% KI: 100% KJ: 100% KK: 100% KL: 100% KM: 100% KN: 100% KO: 100% KP: 100% KQ: 100% KR: 100% KS: 100% KT: 100% KU: 100% KV: 100% KW: 100% KX: 100% KY: 100% KZ: 100% LA: 100% LB: 100% LC: 100% LD: 100% LE: 100% LF: 100% LG: 100% LH: 100% LI: 100% LJ: 100% LK: 100% LL: 100% LM: 100% LN: 100% LO: 100% LP: 100% LQ: 100% LR: 100% LS: 100% LT: 100% LU: 100% LV: 100% LW: 100% LX: 100% LY: 100% LZ: 100% MA: 100% MB: 100% MC: 100% MD: 100% ME: 100% MF: 100% MG: 100% MH: 100% MI: 100% MJ: 100% MK: 100% ML: 100% MM: 100% MN: 100% MO: 100% MP: 100% MQ: 100% MR: 100% MS: 100% MT: 100% MU: 100% MV: 100% MW: 100% MX: 100% MY: 100% MZ: 100% NA: 100% NB: 100% NC: 100% ND: 100% NE: 100% NF: 100% NG: 100% NH: 100% NI: 100% NJ: 100% NK: 100% NL: 100% NM: 100% NN: 100% NO: 100% NP: 100% NQ: 100% NR: 100% NS: 100% NT: 100% NU: 100% NV: 100% NW: 100% NX: 100% NY: 100% NZ: 100% OA: 100% OB: 100% OC: 100% OD: 100% OE: 100% OF: 100% OG: 100% OH: 100% OI: 100% OJ: 100% OK: 100% OL: 100% OM: 100% ON: 100% OO: 100% OP: 100% OQ: 100% OR: 100% OS: 100% OT: 100% OU: 100% OV: 100% OW: 100% OX: 100% OY: 100% OZ: 100% PA: 100% PB: 100% PC: 100% PD: 100% PE: 100% PF: 100% PG: 100% PH: 100% PI: 100% PJ: 100% PK: 100% PL: 100% PM: 100% PN: 100% PO: 100% PP: 100% PQ: 100% PR: 100% PS: 100% PT: 100% PU: 100% PV: 100% PW: 100% PX: 100% PY: 100% PZ: 100% QA: 100% QB: 100% QC: 100% QD: 100% QE: 100% QF: 100% QG: 100% QH: 100% QI: 100% QJ: 100% QK: 100% QL: 100% QM: 100% QN: 100% QO: 100% QP: 100% QQ: 100% QR: 100% QS: 100% QT: 100% QU: 100% QV: 100% QW: 100% QX: 100% QY: 100% QZ: 100% RA: 100% RB: 100% RC: 100% RD: 100% RE: 100% RF: 100% RG: 100% RH: 100% RI: 100% RJ: 100% RK: 100% RL: 100% RM: 100% RN: 100% RO: 100% RP: 100% RQ: 100% RR: 100% RS: 100% RT: 100% RU: 100% RV: 100% RW: 100% RX: 100% RY: 100% RZ: 100% SA: 100% SB: 100% SC: 100% SD: 100% SE: 100% SF: 100% SG: 100% SH: 100% SI: 100% SJ: 100% SK: 100% SL: 100% SM: 100% SN: 100% SO: 100% SP: 100% SQ: 100% SR: 100% SS: 100% ST: 100% SU: 100% SV: 100% SW: 100% SX: 100% SY

BS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

SCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

- Dr. Uldilon Santiago  
- CRM - Cirurgia Geral  
- CRMAC - 2290

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

2 Dip. r. a. 2m (14)

2) Тензионное

Dr. Odilon Santiago  
PRM - Cirurgia Geral  
CRM/AC - 2290

20.05

Prime

DATA DA SAIDA:       /       /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE) :

|        |                                   |                                    |                                  |                              |                                      |
|--------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| OBITO: | <input type="checkbox"/> ATE 48HS | <input type="checkbox"/> APOS 48HS | <input type="checkbox"/> FAMILIA | <input type="checkbox"/> IML | <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL |
|--------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

20: ROL ADMISSÃO NO SET, INDIZANDO PARA JORNAL DO DIA  
COM MAIS TARDE SELECIONAR COMENTÁRIOS, ACOMPANHAR  
SEU JORNAL DE ACOMPANHAR DO DIA

10/1/57



|                                         |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           |                                                                                        |                                           |       |
|-----------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                        |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           | IDADE                                                                                  |                                           |       |
| QUEIXA PRINCIPAL                        |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           | COMORBIDADES:                                                                          |                                           |       |
| FLUXOGRAMA                              |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           |                                                                                        |                                           |       |
| DISCRIMINADOR                           |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           | Peso:                                                                                  |                                           |       |
| PARÂMETROS                              | PA:           | X                                                                                                                                                                                                           | mmHg | Temp.:                                    | °C                                                                                     | Sat. O2:                                  | %     |
|                                         | ESCALA DE DOR | <br><small>insuportável</small> <small>extremo</small> <small>moderado</small> <small>leve</small> <small>nenhuma</small> |      |                                           |                                                                                        | Glicemia:                                 | mg/dL |
|                                         |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           |                                                                                        | Glasgow: Alterado ( )<br>Não alterado ( ) |       |
| CLASSIFICADOR<br>(carimbo e assinatura) |               |                                                                                                                                                                                                             |      | HORÁRIO DA CR:<br>Tempo máximo: 3 minutos | <input type="checkbox"/> DESISTÊNCIA<br><input type="checkbox"/> EVASÃO<br>Assinatura: |                                           |       |
| RECLASSIFICAÇÃO                         |               |                                                                                                                                                                                                             |      |                                           |                                                                                        |                                           |       |

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com \_\_\_\_\_ ml de água potável;  
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: \_\_\_\_\_;  
☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_  
 com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_\_ ( ) Scalp nº: \_\_\_\_\_  
☐ Medicação sublingual;  
☐ Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;  
☐ NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As :

SAME / WIFE

~~OFM~~

CONFIDENTIAL

13/10/19 + Charles Clark + Mrs. David.  
21.2.20 - Robert Cassin, 1830 - 1880.

Rx - 5m Index of Refraction

LAZARUS EXPENSES for Job-11111

ALTA DA C. 2000 A.

As OATPHOSTA-

Dr. Odilon Santiago  
PRM - Cirurgia Geral  
CRM-AC - 2290

Ab 22: 20 Potente abdominal no cc luado e orientada portanto AD em MSB com  
deixar o feto em cural para procedimento cirurgico A Ref. Jairo Cavalcanti

Assinatura do médico

Enfermeira  
COREN: 77208





Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( ) AMBULATORIO ( ) OUTROS ( )

ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA ( ) LOCAL ( ) OUTROS ( )

INÍCIO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO REALIZADO \_\_\_\_\_

INÍCIO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO \_\_\_\_\_ AUXILIAR(ES) \_\_\_\_\_

ANESTESISTA \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_

CIRCULANTE \_\_\_\_\_ ENF \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

| MEDICAMENTO       | MATERIAL                  | MATERIAL               |
|-------------------|---------------------------|------------------------|
| ACAIÁ PESADA 0,5% | AGULHA DESC Nº            | FIO VICRYL             |
| ACAIÁ SI/VASO     | ALCOOL 70%                | FIO ALGODÃO            |
| ACAIÁ CI/VASO     | ALGODÃO ORTOPÉDICO        | FIO PROLENE            |
| GENASE            | AGULHA P/ RAQUE           | FORMOL                 |
| GENASE POMADA     | AGULHA PERIDURAL          | FURADEIRA              |
| MINID             | ASPIRADOR                 | GAZES                  |
| ONA               | ATADURA GESSADA           | GELFOAM                |
| PAN               | ATADURA DE CREPON         | GORRO                  |
| NTE               | ABOCATH Nº                | INTRACATH Nº           |
| MINA              | BISTURI ELÉTRICO          | KIT DRENO DE TÓRAX Nº  |
| FRINA             | BOLSA COLETORA DE URINA   | LUVA CIRÚRGICA 7,0     |
| ANIL              | BOLSA P/ COLOSTOMIA       | LUVA CIRÚRGICA 7,5     |
| SEMIDA            | BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO     | LUVA CIRÚRGICA 8,0     |
| CORTIZONA         | COLETOR UNIVERSAL         | LUVA CIRÚRGICA 8,5     |
| N                 | CATETER NASAL TIPO ÓCULOS | LUVA P/ PROCEDIMENTO   |
| AR                | CERA ÓSSEA                | LÂMINA DE BISTURI      |
| AINA              | CHUMACO                   | MALHA TUBULAR          |
| AINA GEL          | C TRAQUEOSTOMIA Nº        | MASCARA                |
| FOL               | C ENDOTRAQUEAL Nº         | MULTIVIA               |
| ONIDAZOL          | COMPRESSA CIRÚRGICA       | PANO P/ PACOTE (OBITO) |
| INA               | DRENO DE PENROSE Nº       | POVIDINE DEGERMANTE    |
| LON               | ELETRODOS                 | POVIDINE TINTURA       |
| OFOL              | EQUIPO P/ SORO            | POVIDINE TÓPICO        |
| L                 | ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO      | PROPE                  |
| TIGMINE           | ESPARADRAPO               | SCALP Nº               |
| DIAZINA DE P      | ESPARADRAPO MICROPORON    | SWAB                   |
| RISIOLÓGICO 0,9%  | FAIXA DE SMARCH           | SERINGA DE 1-ML        |
| GLICOSADO 5%      | FIXADOR EXTERNO           | SERINGA DE 3-ML        |
| RINGER LACTATO    | FRALDA                    | SERINGA DE 5-ML        |
| INTAL             | FILTRO BACTERIOLÓGICO     | SERINGA DE 10-ML       |
| AL                | FITA CARDIACA             | SERINGA DE 20-ML       |
| IL                | FIO DE KIRSCHNER          | SONDA NASOGÁSTRICA     |
| VEN 6%            | FIO MONONYLON             | SONDA P/ ASPIRAÇÃO     |
|                   | FIO SUTUPACK              | SONDA RETAL            |
|                   | FIO CATGUT C              | SONDA URETRAL          |
|                   | FIO CATGUT S              | SONDA DE FOLEY         |
|                   |                           | TELA DE MAELÉX         |







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE  
Departamento de Assistência Médico Hospitalar  
Unidade: \_\_\_\_\_

RELATORIO  
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Marilândia de Araújo dos Reis

IDADE: 25 OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Lesão do cotovelo extensa em Joelho (D) com lesão do  
capsula anterior

CIRURGIA PROPOSTA: limpeza cirurgica reparo do capsula e sutura do pele

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: a mesma

CIRURGIA REALIZADA: a mesma

DATA:

18/6/19

CIRURGIÃO:

Manuelo Perment

1º AUXILIAR:

Wesley

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

Joelma

ANESTESISTA:

Manuelo

ANESTESIA:

Procurar Leno

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

SAME / LUFES

COPD

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

CONFIRMAR

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

a lesão em diafragma dorsal sob anestesia

a anestesia + antissepsia + colocação de curativo estéril

(3) exploração do ferimento identificando lesões art, dgo, do  
capsula articular de frente em região lateral inferior. nos  
identificando lesões musculares importante

(4) limpa e exata com SF 0,9%

(5) reparo do capsula articular

(6) sutura de subcutâneo + pele

(7) curativo estéril

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva

PRM - Ortopedia e Traumatologia

CRM - AC 2296

SAME / NUNCA

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL





Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

## FICHA DE ANESTESIA

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| Paciente: <u>Maurício de Araújo da Silva</u>                                                                                                                                                                                                                  |                      | Idade: <u>25</u>                                                                                                 | Sexo: <u>F</u> | Cor: <u></u>         | Registro: <u>1.86</u> |  |  |  |  |  |  |
| Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Altura                                                                                                                                                                                                                                                        | Peso                 | PA (mmHg)                                                                                                        | P (bpm)        | FR (irpm)            | Tax (°C)              |  |  |  |  |  |  |
| Hm                                                                                                                                                                                                                                                            | Ht                   | Hb                                                                                                               | Leuco          | Glicose              | Uréia                 |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório:                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite                                                                                                                                                                                    |                      | MV: <u>4/1</u>                                                                                                   |                | Complacência:        |                       |  |  |  |  |  |  |
| ACV:                                                                                                                                                                                                                                                          |                      | ECG: <u>125</u>                                                                                                  |                | Alegrias: <u>Não</u> |                       |  |  |  |  |  |  |
| Ap. Digestivo/Dentes <u>Boa</u>                                                                                                                                                                                                                               |                      | Pescoco                                                                                                          |                | Peças Dent.          |                       |  |  |  |  |  |  |
| Ap. Urinário:                                                                                                                                                                                                                                                 |                      | Drogas em Uso:                                                                                                   |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Estado Mental: <u>Boa</u>                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Anestesias Anteriores:                                                                                                                                                                                                                                        |                      | ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |                | Risco:               |                       |  |  |  |  |  |  |
| Medicação Pré-anestésica: <u>0</u>                                                                                                                                                                                                                            |                      | Hora:                                                                                                            |                | Efeito:              |                       |  |  |  |  |  |  |
| HORA: <u>22:30</u>                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| GASES                                                                                                                                                                                                                                                         | O <sub>2</sub>       |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | NO <sub>2</sub>      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | HALOG                |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| Líquidos                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| SIMBOLOS<br>V Pressão Arterial / O Pulso /<br>X Anestesia / O Cirurgia                                                                                                                                                                                        | (%) SpO <sub>2</sub> |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 240                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 220                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 200                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 180                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 160                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 140                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 120                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 100                  |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 80                   |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 60                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 40                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| DROGAS ADMINISTRADAS                                                                                                                                                                                                                                          |                      | Técnica:                                                                                                         |                | Monitorização:       |                       |  |  |  |  |  |  |
| 1º <u>Propofol 50mg</u>                                                                                                                                                                                                                                       |                      | 2º <u>Repiantestesia 13-4 lipídica</u>                                                                           |                | 3º <u>PANF</u>       |                       |  |  |  |  |  |  |
| 4º <u>Midazolam 5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                       |                      | Cirurgia:                                                                                                        |                | Ap. Resp.:           |                       |  |  |  |  |  |  |
| 5º <u>Propofol 12.5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                     |                      | Cirurgião/Auxiliar:                                                                                              |                | Ap. CV:              |                       |  |  |  |  |  |  |
| 6º <u>Midazolam 5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                       |                      | Dr. Marcelo Lima - equipe                                                                                        |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 7º <u>Propofol 5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                        |                      | OBS: Rto. Sanguínea, anestesia e bulimia, coloração da                                                           |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 8º <u>Propofol 5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                        |                      | cópula do teste, pulso moderado, 100% de O <sub>2</sub> , 12.5mg                                                 |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 9º <u>Propofol 5mg</u>                                                                                                                                                                                                                                        |                      | Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):                                                                     |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |
| 10º                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                                                                                                  |                |                      |                       |  |  |  |  |  |  |



SAARF / HUERO  
CDS 14  
CONFORME ORIGINAL

| ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA |                                                                            | PONTUAÇÃO |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ATIVIDADE                             | Movimento voluntário de todas as extremidades                              | 2         |
|                                       | Movimento voluntário de duas extremidades                                  | 1         |
|                                       | Incapaz de se mover                                                        | 0         |
| RESPIRAÇÃO                            | Respira profundamente e tosse                                              | 2         |
|                                       | Dispnéia, hipoventilação                                                   | 1         |
|                                       | Apnéia                                                                     | 0         |
| CIRCULAÇÃO                            | PA $\pm$ 20% do nível pré-anestésico                                       | 2         |
|                                       | PA $\pm$ 20% a 50% do nível pré-anestésico                                 | 1         |
|                                       | PA $\pm$ 50% do nível pré-anestésico                                       | 0         |
| CONSCIÊNCIA                           | Totalmente desperto                                                        | 2         |
|                                       | Desperta quando chamado                                                    | 1         |
|                                       | Não Responde                                                               | 0         |
| SATURAÇÃO<br>DE O <sub>2</sub>        | Capaz de manter $\text{Sat O}_2 > 92\%$ , respirando ar ambiente           | 2         |
|                                       | Necessita suplemento de O <sub>2</sub> para manter $\text{Sat O}_2 > 90\%$ | 1         |
|                                       | $\text{Sat O}_2 < 90\%$ mesmo com O <sub>2</sub> suplementar               | 0         |

| CLASSIFICAÇÃO ASA |                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASA I             | Paciente sadio normal.                                                                        |
| ASA II            | Paciente com doença sistêmica.                                                                |
| ASA III           | Paciente com doença sistêmica severa.                                                         |
| ASA IV            | Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.                       |
| ASA V             | Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.                               |
| ASA VI            | Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação. |

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.

[illegible]

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 101006  
Numero do CNS...: 700508583036853  
Nome...: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA  
Documento...: RG11207080 Tipo :  
Data de Nascimento: 24/08/1994 Idade: 25 anos  
Sexo...: FEMININO  
Responsavel...: ANTONIO MARQUES DA SILVA  
Nome da Mãe...: ERCILIA DIAS DE ARAUJO DA SILVA  
Endereco...: NAO SABE INFORMAR  
Bairro...: CENTRO Cep.: 69900-000  
Telefone...: 999451183  
Município...: 1200138 - - AC  
Nacionalidade...: BRASILEIRO  
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

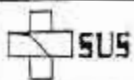
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2677915  
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito...: 999.0164  
Data da Internacao: 18/10/2019  
Hora da Internacao: 21:00  
Medico Solicitante: 999.999.999-99 - NAO CONSTA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico...: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro: 121910045226-2

SAME / UERB  
CÓPIA  
CONFORME





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

HUERB

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

A/C 61912604C

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ulcera de oclerula de umto com fca externo em joelho D  
atingindo capsula articular do joelho  
Edi flocs externos presentes do joelho  
neurologico e perfuracao do m L D presentes

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

curioso

SAME / HUERR  
CÓPIA

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

exame fisico e Rx

CONFORME ORIGINAL

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fca em joelho D com lesao de capsula

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Manoel Pinheiro

16/10/19

Dr. Wesley Hoffmann de Sá  
CRM - Ortopedia e Traumatologia  
CRM - AC 2208

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



LEITO

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 20/10/2019 às 14:01:13

REGISTRO

PACIENTE

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

IDADE

25

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

213

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIV:18/10/19

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H

ACIDENTE DE MOTO  
#FCC EXTENSO EV JOELHO D COM 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/H

LESAO CAPSULAR DA ARTICULACAO  
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/H SN

ARAPIA DA CAPSULA- LC  
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/H SN

PACIENTE SEV QUEIXAS NO  
6. TILATL 40MG EV 7X/DIA

7. CUIDADOS GERAIS

EE PERCUSAO NEUROLOGICA DO  
8. SINAIS VITAIS

9. DURATIVO DIARIO

10. CEFTRIAXONA 1GR IV 2X DIA

11. ALTA HOSPITALAR COM

MEDICACOES- ORIENTACOES-

RETORNO AMBULATORIAL

VISITADOR/ORIENTADOR VINICIUS

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva  
CRM - Ortopedia e Traumatologia  
CRM - AC 2296

SAME / FUERB  
CÓPIA

CONFORME ORIENTACAO

At 15 horas paciente  
foi de alta hospitalar  
Dr. Paula  
Jorge





Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Doença em joelho D

História da Doença Atual: Acidente de moto com FCC em joelho (D) extenso com  
lesão de capsula anterior  
afetando nervos e perfuração de menisco do joelho direito

História da Doença Anterior: nenhuma

Exame Físico: nenhuma

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: FCC extenso em joelho D com lesão de capsula anterior

Motivo da Cobrança: 12

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva

PRM - Ortopedia e Traumatologia

CRM - AC 7296

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOTERAPIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR.ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO



|                                                                                                                                                       |                                                                         |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES<br>NÚCLEO NACIONAL DE REGISTRAÇÃO DE VEÍCULOS |                                                                         | AC                            |
| MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA                                                                                                                          |                                                                         |                               |
|                                                                      | DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF<br>11207280 SEPO AC                |                               |
|                                                                                                                                                       | CPF<br>025.325.092-79                                                   | DATA NASCIMENTO<br>24/08/1994 |
|                                                                                                                                                       | FILIAÇÃO<br>ANTONIO MARQUES DA SILVA<br>ENCILIA DIAS DE ARAUJO DA SILVA |                               |
|                                                                                                                                                       | SEXO<br>FEMININO                                                        | CAT. RAB.<br>22               |
|                                                                                                                                                       | Nº REGISTRO<br>07143456356                                              | VALIDADE<br>21/05/2003        |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                           |                                                                         |                               |
| <i>Mariuvia de Araujo da Silva</i>                                                                                                                    |                                                                         |                               |
| LOCAL<br>RZO BRANCO, AC                                                                                                                               |                                                                         | DATA EMISSÃO<br>14/10/2019    |
| ASSINATURA DO DETENTOR<br><i>[Signature]</i>                                                                                                          |                                                                         | 31514244682<br>AC409202274    |
| ASSINATURA DO EMISSOR                                                                                                                                 |                                                                         |                               |
| ACRE                                                                                                                                                  |                                                                         |                               |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406045/19

**Vítima:** MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

**CPF:** 025.325.092-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** MARIVANIA DE ARAUJO  
DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA : 025.325.092-79**

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](http://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: 19/11/2019  
Nome: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA  
CPF: 025.325.092-79

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190645881 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 22/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO DIREITO, COM LESÃO DE CÁPSULA ARTICULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REPARO DE CÁPSULA ARTICULAR) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 12

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406045/19

**Vítima:** MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

**CPF:** 025.325.092-79

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 18/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIVANIA DE ARAUJO  
DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA : 025.325.092-79**

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](http://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: 19/11/2019  
Nome: MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA  
CPF: 025.325.092-79

MARIVANIA DE ARAUJO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA