

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2754103720200622174519

Processo 0815065-58.2020.8.23.0010 ☆ - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	22/06/2020 17:45:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2728808CONTESTACAO01.pdf Público 6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2728808CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
5	10/06/2020 16:30:27	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	10/06/2020 16:30:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	10/06/2020 16:30:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	10/06/2020 16:30:26	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	10/06/2020 16:30:26	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



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

PROCESSO: 08150655820208230010

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 **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/07/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/08/2017**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000063369-3

Nr. da Autenticação 0D90BC59CC187B77

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 15/07/2017. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3170664705	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA	Data do acidente: 15/07/2017	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Fratura da tibia direita e fibula direita.				
Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, alteração anatômica, limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade e limitação da sustentação do membro inferior direito.				
Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, colocação de placa e parafusos. Realizou fisioterapia. Alta médica (12/2017).				
Sequelas permanentes:				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 04/01/2018				
Conduta mantida:				
Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.				
Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO C				
CRM do médico: 1032				
UF do CRM do médico: RR				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

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 à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido 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 hipotético⁷.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁸.

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

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

⁷“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in Responsabilidade Civil, Forense, 5ª ed., página 42).

⁸“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**”(TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

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 Ré 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 autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰**art. 1º . (...)**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 16 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08150655820208230010.

Rio de Janeiro, 16 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Jardim, 580 - 580 - Boa Vista/RR -
CEP 69317-529

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2377096 - SSP-RR - 01/01/2100

Data e Local do Exame : 04/01/2018 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO,
565 - BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: Frautra de dáfise tibial D e terço distal da fíbula D

Exame Físico: Observo alteração anatômica devido consolidação viciosa a nível da pena D + instabilidade para realizara agachamento e sustentar o corpo somente com o MID + limitação dos movimentos do tornozelo D

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Vítima fez tratamento cirurgico com colocação de placa e parafusos + fisioterapia e recebeu alata em dezembro/2017

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit funcional moderado do MID decorrente de consolidação viciosa + instabilidade para realizara agachamento e sustentar o corpo somente com o MID + limitação dos movimentos do tornozelo D

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

Região Corporal

Membro Inferior Direito

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

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

Região Corporal

Região Corporal

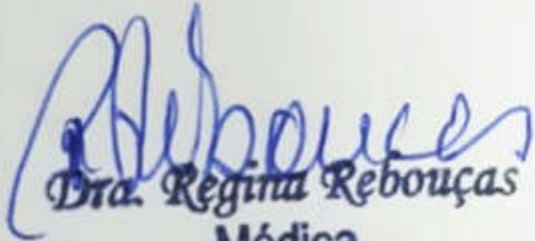
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

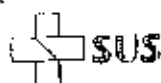


Dra. Regina Rebouças
Médica
CRM/RR 1032

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

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

1700806497		15/07/2017 23:18:53		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 36			
Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		Data Nascimento 01/07/1986		Idade 31 A 0 M 14 D		CNS 702406045176526		CPF 86177141234		Prontuário 00151668	
Tipo Doc IDENTIDADE 237096		Documento SSP/RR		Data Emissão 19/08/2003		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA	
Mãe ALZINETE ALVES DE SOUSA		Órgão Emissor SSP/RR		Naturalidade ARACATI - CE		Contato (95) 99131-4349		Ocupação NÃO INFORMADA			
Endereço RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.						Registrado por: ORLEAN.SOUZA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem						GSC AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
Conduta											
Óbito											
Assinatura do Paciente ou Responsável											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura do Médico											
Carimbo e Assinatura do Médico											
Assinatura											



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nome: Deighivan Alves de Sousa

Alérgico a Dipirona.

Bloco - B
201-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

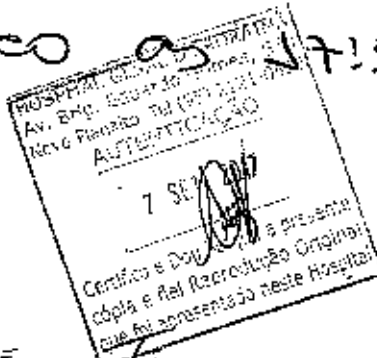


PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		PIH		DN	
PACIENTE		Deighivan Alves de Sousa			
DIAGNÓSTICO		Lesão dos ossos da perna (D)			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	31	LEITO		DATA	16/07/17
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18/24
4	DICLOFENACO 50MG VO 8/8H				SMP
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (SUSPENSO)				SMP
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				14/50
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SMP
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SMP
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SMP
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SMP
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	Tiludol 40mg IV, 1X/24h				18/24
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Adm. no Bloco 201-150h



Dr. Elden Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18247/R

13100 PA = 160/90 mmHg
17/07/17 pul = 94 bpm
T = 37°C
aux. [signature]

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	131/89	98	37°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

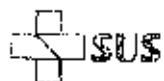
UNIVERSIDADE DE NOVA BRASÍLIA
Hospital Geral de Brasília

HGR

Hospitalist of the Month

DN

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, N° (BAIRRO))

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do fêmur direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ho unipod

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

Prontuário + Ex. físico + Image

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura do fêmur (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

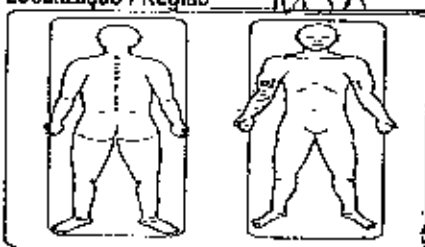
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Nome: <u>Neiglivara Alves de Souza</u>			
DATA: <u>17.07.17</u>	Localização / Região: <u>ASA</u>		DATA: <u>17.07.17</u>
☐ GRAU - I			☐ GRAU - I
☒ GRAU - II			☒ GRAU - II x2
Etiologia		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:		☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato		☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	
Dor:		☒ Sim <u>na remoção</u> ☐ Não	
Odor:		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:		☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:		☒ Manhã ☒ Tarde	
Data da Próxima troca:		<u>18.07.17</u>	
Em caso de + de 24hs		<u>18.07.17</u>	
Limbo e ass. em Enfermagem		01- <u>Renata</u> 02- <u>Adriana de Berenice</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		01- <u>Renata</u> 02- <u>Adriana de Berenice</u>	
OBS:		OBS:	



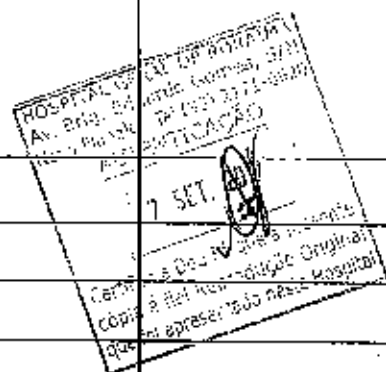
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 18, 7, 17 o.s.

Digitar o dia
do mês



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR: Dr. Bruno Ribeiro Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1347

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

Patrick Rabelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1383 ROE 164

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pt sob sedação
- ② aspiração + antissepsia + colocação de gesso + captoz interno
- ③ gesso intermitente + drenagem de foco
- ④ amiotomia + LMC + Redução de fratura
- ⑤ colocação placa bloqueada 85 com colocação de 8 parafusos corticais sendo 2 intrafoculares + 1 parafuso bloqueado
- ⑥ LMC vigorosa + dreno de F.O + drenagem + retirada de gesso

64

Frat. assen de penna ①
Tred. Cingico

Hemoglobin Type _____ Hgb 17.4 _____ Hct 53.2% _____ Hb 17.8 _____
 Hct _____ Hb _____ Hb _____ Hb _____
 R. Oesoph _____ Pp 289.56 _____ Urea _____ 47 _____ *
 Creat 1.10 _____ Glt 142 _____ Psa _____ mEq _____
 CF _____ mEq/1k _____ mEq/10H _____ pO2 _____
 pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____
 URICAc: d _____ pH _____ glyc _____ Alb _____
 Sedim. _____
 Ap. gen. Uri _____ *diuresis OK* _____
 AP. Resp. _____ *Emphysema* _____
 AP. Circ. _____ _____
 AP. Digt _____ *Fung. hb. pro. mdr* _____
 S. Osteo. Art _____ *Fract. - vertebra* _____
 S. Nerv _____ _____
 S. Endoc _____ _____

[illegible]

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA, ENFERMAGEM

Date 10/17/11 Page 20:20

Date: ____/____/____ Page: ____

Alta do SRPA
Por assessorado, conserente, 5/2
997 Alabrete 2. So me as
condicionado exempli do B60
8.

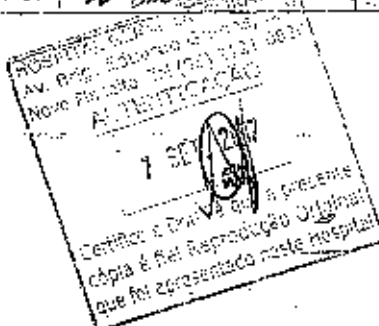
50's oriented
No Exline

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ROYALTIAS
AUTENTICAÇÃO
 Av. São Eduardo Gomes, S/Nº
 Novo Hamburgo - RS 91211-080
 7 SE 1997
 Certificado e Data que se apresenta
 é fiel ao Original
 que foi apresentado neste Hospital

DELETED ALIVE re. SOLZ

[illegible]

Dr. Mervyn Felt
Anesthesiologist
GAM/RN 369





201-1

Delegivan Alves de Souza 31

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

Este Fronteiras Libres EVOLUÇÃO

Inicio 19:54
18:53

Cung giáo

1. Anesthesia to

Dr Patrick

Q² Italian

Dr Bruno

IV gaze

1	Compressed CO ₂ gun
---	--------------------------------

☒ File tools

1	water 0.2
---	-----------

1. g.l.c. 16

1. gesso macio

1. Learning 20

☐ ☒ Standing 20 cm

11. Algodão Oito

1. Coal road

classifying soul

11/21/2020

1. monomylon 3.0

12 VA 7.0 - 7

8. 0. 1

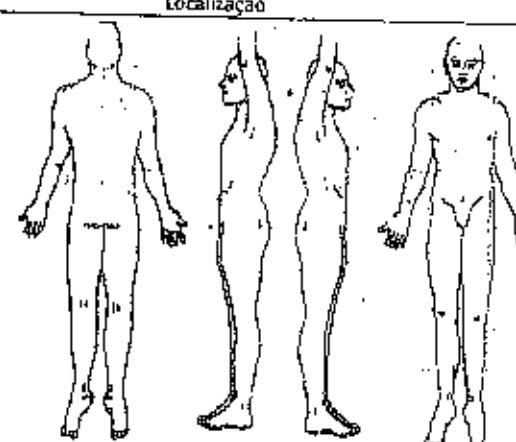
HOSPITAL ROYAL DE ROMA
AV. BRIL...
Nova Alameda...
...
... SET 1977 ...
...
Certidão e União de...
cópia é Rel Reprod... Original
que foi apresent... nesta Hsospite

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Deiglivan Alves de Souza

DATA: 18-07-17

PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO				SRPA		Sinais Vitais	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	PA	SPO ₂	
	14:30	14:47	17:30	18:55					
Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	Localização				
Oste. 3 ^{ra} coluna		Logue		Dorsal					
Hidratação Infundida		Antibiótico-Terapia		Hemoderivados					
SFA 0,9%		Nome:		CH:					
SG a 10%		Dose:		Plasma:					
Outros:				Plaquetas:					
N° de compressas oferecidas:		Anatomo Patológico:							
N° de compressas recolhidas:		() Não							
Sinais Vitais:		() Sim							
T: <u>36,2</u> °C		N° peças:							
SAT: <u>100</u> %		() Cultura							
() Regular		() Outros:							
FC: <u>82</u> bpm		PA: <u>101/74</u> mmHg							
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Raio X									
() Outros:									
Legenda									
1. Eletrodos									
2. Oxímetro									
3. PVC									
4. Placa de Bisturi									
5. Incisão									
6. Cateter									
7. Venoclise									
8. Dreno									
9. SNG									
10. Faixa de Smark									
11. Outros:									
Destino: () SRPA () UTE () Outros:									

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios				Avallar preparo operatório		✓		
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.				Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.		✓		
Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Encaminhar paciente a sala de cirurgia		✓		
Desobstrução Ineficaz relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Cuidar para que não esteja frio na recepção do paciente		✓		
Padrão respiratório Ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular.				Manter paciente coberto sem camisa				
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e local.				Instalar monitores e oximetria de pulso				
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.				Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica				
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatório.				Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico				
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.				Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora				
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico.				Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PCI				
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica.				Comunicar Enfermagem se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres				
Incontinência Intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema				Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.				
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.				Anotar e comunicar a enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda da saturação alterações no nível de consciência).				
Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.				Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.				
Náuseas relacionadas (a) estado pós-cirúrgico anestésico (b) efeito medicação.				Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.				
Evolução de Enfermagem	Relatório de Enfermagem			Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.				
PDR P.D.I de 12/08/2015	Manter curativos oclusivos com gases com drenos.							
Elisa T. de M. da Silva	Manter grades dos leitos elevadas.							
Ana T. de M. da Silva	Preparar paciente para alta do C.C.							
MAC. M. de M. da Silva								



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Deiglin Alvez de souza
Cirurgião Responsável Deiglin Alvez de souza

Anestesista _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

☐ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Dr. Alberto P. M. Pereira
Anestesiologista
CRM-RR 307

Assinatura e Carimbo

Data: 19/07/19

Horas: 19:30

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim ☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim ☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

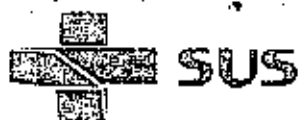
☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00151668	Data Internação 16/07/2017	Data da Saída 19/07/2017
Número da AIH: 141710007640-3		
Enfermaria 201	10 2	

Dados do Paciente

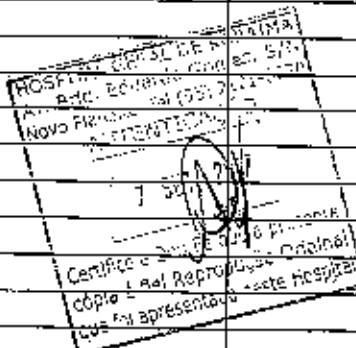
Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659
Nome do Paciente DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA		
Cartão do SUS 702406045176526	Data de Nascimento 01/07/1986	SEXO 1 - Masculino
Raza/Cor PARDA		
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 237096	Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe ALZINETE ALVES DE SOUSA		
Nome do Responsável DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA	Fone p/ Contato (95) 99131-4349	
Endereço RUA - SUICA	Número 225	Bairro CAUAME
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR
CEP 69.311-131		

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM J412	Médico Solicitante Larbo	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0208050500	Procedimento Principal	Esp 02
C. Int 02	CID P 5820	CID S W95
CID CA	M. Se 15	
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐ Alta ☐ Trans ☐ ybito		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Opa	CPF/CNPJ	CRM	CBO	ONT	C UTI
01	01				10217		01	
02	02				1383		01	
03	06				208		01	
04	01	0201010015			69381		01	
05								
06			55				01	
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								



Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 16/07/2017	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE DEGLIVAN ALVES DE SOUZA 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 15/07/2012, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de 2º e 3º metacarpo da mão direita

NO DIA 18/07/12, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese da fratura de 2º e 3º metacarpo da mão direita SENDO
OPERADO PELO DR. Dr. Sérgio E DR. Patrícia

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 19/07/12 ÀS 12:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 04/08/2012 ÀS 8:00 horas, COM O
DR. ILDEARSON

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

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

BOA VISTA, 19/07/12

MÉDICO

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 22.033 de 29.10.1932, e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Não deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação no seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

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

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

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

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 161.21499.70-3

NÚMERO 5755382

SÉRIE 0030

UF RR

Deiglivan Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



SAÚDE SEGURADORA S/A

13 DEZ. 2007

RECEBIDO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA

ALZINETE ALVES DE SOUSA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/07/1968

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ARACATI - CE

DOCUMENTO: C.N. 9171 LV-A-4 FLS 588 - 18/09/1986 - COMARCA DE

ARACATI - ARACATI - CE

LEI Nº 9.048 DE 19 DE MAIO DE 1995

CPF: 981.771.412-34

REGIÃO: 0136

ZONA: 005

TT: ELEITORAL: 00355923020

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 07/01/2011



ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

HUIÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

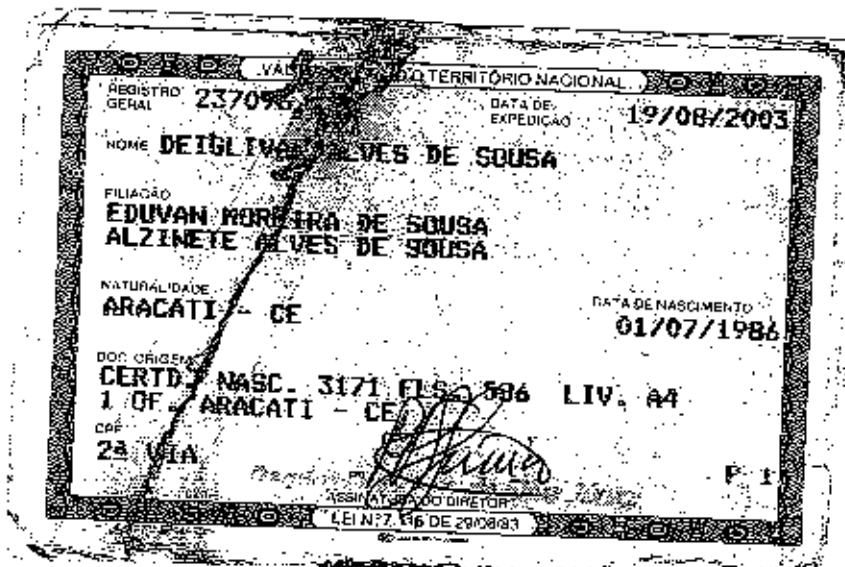
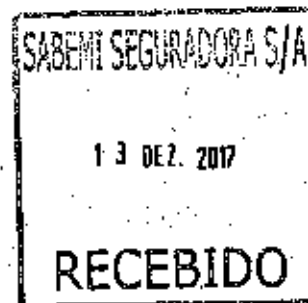
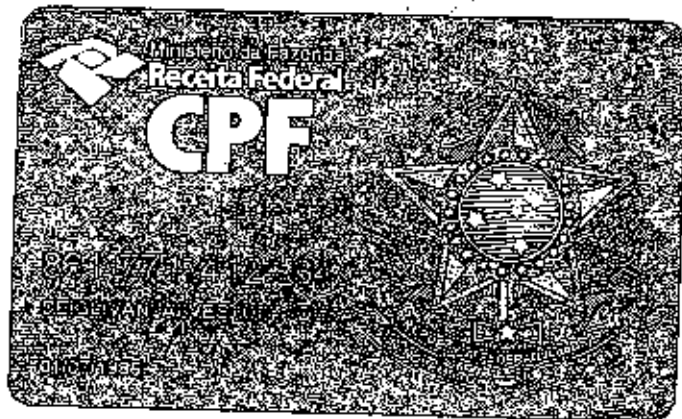
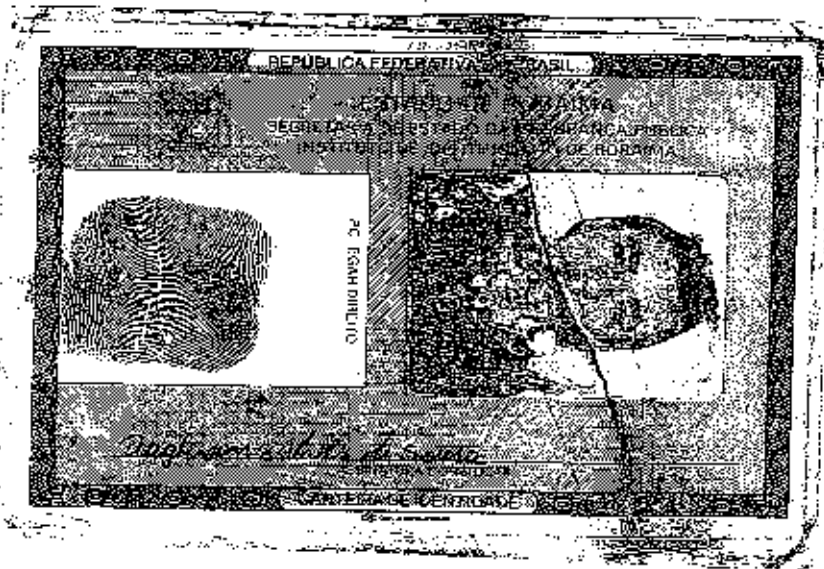
DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SERVIÇO SOCIAL D - AÇÃO F - MUDANÇA DE NOME



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Data do acidente: 15/07/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita e fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, alteração anatômica, limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade e limitação da sustentação do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, colocação de placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO C

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: PADEIRO
RG: 237096 SSP/RR CPF: 861.771.412-34
Endereço: JARDIM 580 B-16 A 103 JATOBA CIDADE SATELITE

OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

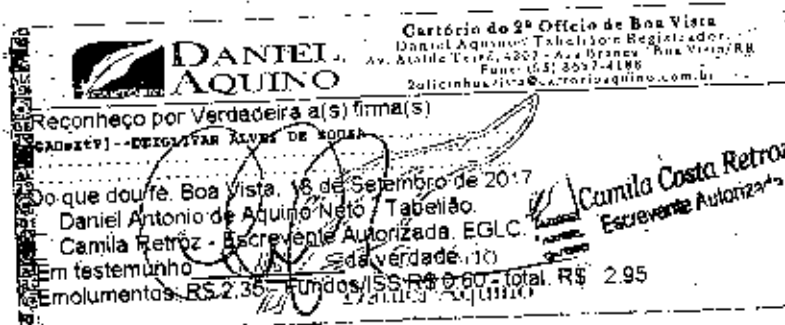
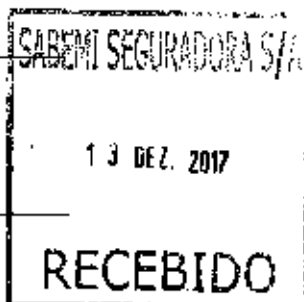
Boa Vista/RR 18/09/2017
Local e data



X

Deiglivan Alves de Sousa
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000063369-3

Nr. da Autenticação 0D90BC59CC187B77

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Nº Sinistro: **3170664705**

Vitima: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Data do Acidente: **15/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170664705**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12143894



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**

Sinistro: **3170664705**
Vítima: **DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA**
Data do Acidente: **15/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DENILZE CORREA DANTAS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170664705** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Carta nº 12223826

A/C: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170664705 ASL-0479684/17
Vitima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 15/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478673

A/C: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170664705
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA
Data do Acidente: 15/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000063369-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

863.773.412-34

Deiglivan Alves de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Deiglivan Alves de Sousa

863.773.412-34

Padeiro

Endereço

Av. Jardim Bloco 16 Jitobá

Número

Complemento

Cidade

Cidade

Estado

CEP

Cidade Satélite

Boa Vista

RR

69.317-529

E-mail

Telefone (DDD)

lidiboa Vista - pendencia@hotmail.com

(95) 99117-5392

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas os bancos)

BANCO

Nome

NRG

AGÊNCIA

NRG

CONTA

NRG

AGÊNCIA

NRG

CONTA

NRG

653

063369

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Boa Vista-RR, 07 de Fevereiro de 2017
Local e Data

Deiglivan Alves de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A
13 DEZ. 2017
RECEBIDO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
JINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apur
340-876087348-3
06/DEZ/2017 HORA DE: 10:46:00
LOTO: 33/021004-2 TERM 061829
LOCALIDADE: RUA VISTA
AG VINCULADA: 0653 CONTRA F: 340100190
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POLO CAIXA FACIL
NOME: DEIGO IVAN ALVES DE SOUSA
AGENCIA: 0653
OPERACAO: 013
FUNTA-DV: 000.000.000.369-3
DATA DA ABERTURA: 06/12/2017
LOTerias CAIXA
340-876087348-3
1ª VIA

SABEMI SEGURADORA S/A
13 DEZ. 2017
RECEBIDO

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 486 /2017/DAT - Boa Vista-RR, em 08/08/17

COMUNICANTE: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

RG: 237096 O. EXP.: SSP/RR CPF: 861771412-34 ENDEREÇO: AV: JARDIM

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: PADEIRO

NATURALIDADE: ARACATI

ESTADO: CE

DATA DE NASCIMENTO: 01/07/1986 IDADE: 31 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO.

ESTADO CIVIL: UNIÃO INSTÁVEL

TELEFONE: 99177-2661

Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: EDUVAN MOREIRA DE SOUSA

NOME DA MÃE: ALZINETE ALVES DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 21h00min e 22h00min do dia 15/07/2017, na Avenida – Principal do Bairro Satélite.

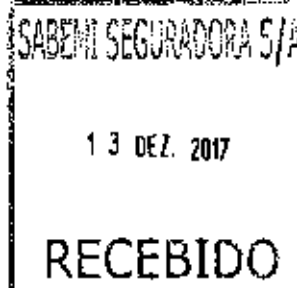
O comunicante relata que na data e hora e endereço acima descrito, estava vindo do serviço em sua motoneta HONDA/C100 BIZ DE COR VERMELHA, placa NAJ 4666, chassi 9C2HA0700XR051586 de propriedade da senhora MELANIE KALINE TRUQUETE, Que o comunicante parou no contorno que fica em frente a Clínica Exame, que o mesmo olhou para os lados e que não se recorda de ver nenhum veículo vindo na avenida, Que o mesmo não se recorda de quase nada. Que Segundo os moradores que presenciaram o acidente fala que a batida foi muito forte e que o mesmo foi arremessado pro outro lado da avenida, Que o senhor não identificado presenciou todo o acontecido, que o mesmo só lembra-se da cor do veículo. Que o mesmo entrou em contato como o SAMU.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E DANOS MATERIAIS
OBSERVAÇÃO:

Deiglivan Alves de Sousa
DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

Agente
AGENTE CARCERÁRIO DE POLÍCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Dieglivan Alves de Sousa CPF da Vítima 861.773.412-34 Data do Acidente 15/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

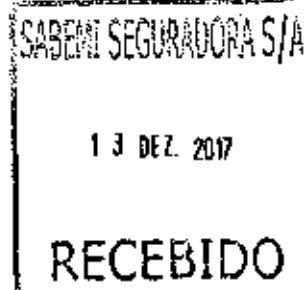
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Boa Vista-RR 07 de Dezembro de 2017
Local e Data

Dieglivan Alves de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



700806497		15/07/2017 23:19:53		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 18- 36	
Paciente DEIGLIAN ALVES DE SOUSA		Data Nascimento 01/07/1986		Idade 31 A 0 M 14 D		CNS 702408045176526	
Tipo Doc IDENTIDADE 237096		Documento SSP/RR		Data Emissão 19/08/2003		CPF 86177141234	
Mão ALZINETE ALVES DE SOUSA		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raca/Cor PARDA	
Endereço RUA - SUICA - 225 - CAUAME - BOA VISTA - RR		Pal EDUVAN MOREIRA DE SOUSA		Naturalidade ARACATI - CE		Contato (95) 99131-4349	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Veridade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Paciente última de 4 utilização. moto x carro - 1 acidente em MJB. O acidente ocorreu.							
Exame Físico							
Paciente consciente, orientado, ECHS. Respiração em MJB e MJB. De em (1).							
Hipótese Diagnóstica							
A2 ACV, Abcemia, etc. Paciente em (1).							
SADT - Exames Complementares							
☒ RAIQ-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1. Clonazepam 0,5mg							
2. Paracetamol 1g EV							
3. AIT Im							
Matheus Molina CRM RR 001880							
Condição				13 DEZ. 2017			
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório			
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)			
☐ Alta a Revelia				☐ Internação			
☒ Transferência para: <i>aliquetia</i>				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito				RECEBIDO			
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não				Destino: ☐ Família ☐ IML Anomalia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: orlean.souza Data Hora: 15/07/2017 23:22:05				Dr. Camila Medeiros CRM RR 001880			
1700806497							



Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Correa, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 07.341.020/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Av. Foz de Iguazu, 100 - Centro - Boa Vista - RR
Regime Especial de Impostos de Atividade de Serviço de Energia Elétrica

Para contato com a
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

Nº da Nota Fiscal

Atividade Social de Energia Elétrica - TSEE (Atividade
pelo Lc. nº 16.432 de 26 de junho de 2002)

000044675

JULHO/2017 01/08/2017 321 140,32

JOYCE KELLY FIGUEIREDO DE OLIVEIRA
AV JARDIM 580 B16 A103-JATOBA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

AOT: 32.001.24.20.251600

Atual:	3537	Anterior:	12/07/2017
Consumo de Multiplicação:	1.000	Anterior:	09/06/2017
Consumo Medido:	321	Próxima leitura:	12/08/2017
Consumo Faturado:	321	Emissão:	12/07/2017
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentação:	33
Fonte de Faturamento:	Fonte de Referência:	Dia de Consumo:	

RESID: BA RENDA - 81 15EDB02613-0 1473123 1.4.1.2 - 224

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
JUN/17 385	70 A R\$ 0,150392 =	14,08	
MAI/17 385	120 A R\$ 0,386572 =	46,38	
ABR/17 408	101 A R\$ 0,429526 =	43,38	
MAR/17 313	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA -	25,58	
FEV/17 144	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 (DIC - F	1,13	
JAN/17 234	DIFERENÇA DE TARIFA 06/16-00	12,26	
DEZ/16 275	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/16-00	0,55	
NOV/16 119	ILUMINACAO PUBLICA	22,35	
OUT/16 126			
SET/16 111			
TARIFA DE TRÊS FASES:			
0 A 30 - 0,116000			
31 A 100 - 0,403070			
101 A 220 - 0,386572			
221 A 320 - 0,357230			

AVERTIGUACAO CADASTRAL 2017 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO
UNICO ATÉ 18/08/2017 PARA NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL
INFORMACOES PELO TEL: 0800 207 2003
CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. // TBGE CENS
O AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O REGENSEADOR DURANTE ENTREVISTA

RESERVADO AO FISCO: D7CC.AE49.EB06.2135.4AA9.005C.747C.F029

Distribuição:	49,80	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	19,08
Transmissão:	0,97	Valor do ICMS:	0,88
Faturos:	74,80	Valor do P.S:	4,13

SABEMI SEGURADORA S/A
13 DEZ. 2017
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu DENILZE CORREA DANTAS

RG Nº 314265-5 Data de expedição 06/02/2004 Órgão SESP/RR,

CPF nº: 792.657.152-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceira:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	General Ataíde Teive
Número	2732
Apto / Complemento	A
Bairro	Liberdade
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69.309-000
Telefone de Contato	(95) 3624-3983 / 99117-5392
E-mail	lidianboavista.pendencias@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 07/12/17

Assinatura do Declarante:

Denilze Correa Dantas



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no art. 1º, § 1º da Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Lúcio Pontes inscrito (a) no CPF 792.657.152 / 00,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Deigivon Alves de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 861.771.412 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Deigivon Alves de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.771.412 / 34, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

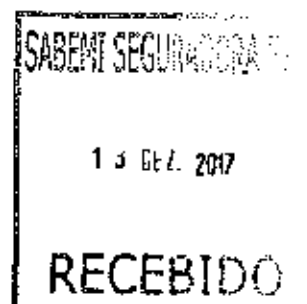
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. General Ataíde Teive</u>		Número <u>2732</u>	Complemento <u>A</u>
Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-000</u>	
E-mail <u>liderboaavista.pendencia</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(95) 3624-3983</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99117-5392</u>

Boa Vista - RR, 07 de fevereiro de 2017
Local e Data

Paulo Lúcio Pontes
Assinatura do Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170664705 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEIGLIVAN ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 15/07/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia direita e fíbula direita.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, alteração anatômica, limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade e limitação da sustentação do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, colocação de placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (12/2017).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior direito.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO C

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

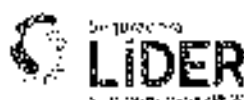
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 021206 (atendimento para pessoas com deficiência: 0800 021206).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

O beneficiário ou o representante legal titularizado pelo **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizado, não se aplica a este formulário para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

- Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).
- Beneficiário entre 16 a 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário o que o formulário seja assinado pelo menor do grupo (no campo 2 - Assinatura do Beneficiário ou seu Representante Legal (sempre 2 - Assinatura do Representante Legal)).

Número do Sinistro (SIN)

CNPJ da Vitima

Nome completo da vítima

3170-664240

804.374.412-34

Daylison Alves de Jesus

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CNPJ titular da conta	Profissão
Daylison Alves de Jesus	804.374.412-34	Atendente
Endereço	Número	Categoria
Av. Jardim Glória 16 APTO 103	580	Apresentação
Cidade	Estado	CPF
Cidade Satélite	Roraima	09.317-529
E-mail	Telefone (DDD)	
lides@procto.provincia@hotmail.com	(95)99117-5392	

Declaro que o endereço acima informado para fins de prova de residência junto à Seguradora LIDER - DPVAT, está de acordo com o endereço atual. Seque com anexo.

TAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO MENSAL	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA DE PAGAMENTO (conta de depósitos e saques) e/ou conta de depósito em nome de terceiros		☐ CONTA CORRENTE (depósito em nome de terceiros)	
BANCO		BANCO	
AGÊNCIA		AGÊNCIA	
CONTA		CONTA	
0653		03369	
03		03	

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

Assinatura de 08 de Janeiro de 2012

Daylison Alves de Jesus

Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 8121
FABRICADA 2620 725 7172

030-87091000-5

09/Fev/2018

FORA Q 17:55:47

LDT: 03.24060-5

TECH: 252814

LEI 11.141/2005

16, VENDA ADI: 0027

CONTINUED: 173224244-5

DEPOSITO EM DINHEIRO

3620 013 00263259 9

DEPOSITO EM ALIAS DE SLUGA

VALOR

ESTE RECIBO E VALOR COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

030-87091000-5

18 118