

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: 2755243020200623144055

Processo 0815281-19.2020.8.23.0010 ☆ - (8 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:

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
11	23/06/2020 14:40:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (15/06/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2729405CONTESTACAO01.pdf Público 11.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2729405CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
10	19/06/2020 14:49:02	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/06/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9	18/06/2020 12:08:47	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/06/2020)	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
8	17/06/2020 12:56:40	JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
7	17/06/2020 12:54:47	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 25/09/2020 (100 dias)	Lucas Souza de Carvalho Analista Judiciário
6	15/06/2020 15:15:40	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	15/06/2020 10:44:43	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	15/06/2020 10:44:43	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	15/06/2020 10:44:43	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	15/06/2020 10:44:43	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	15/06/2020 10:44:42	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

1 de 1

23/06/2020 14:41



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

PROCESSO: 08152811920208230010

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 **SALATIEL DE JESUS 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 **23/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/02/2020**.

Cumprе 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

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;

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA Data do acidente: 23/12/2019 Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), 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 23/12/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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:	14/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SALATIEL DE JESUS SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03905
CONTA: 000000002441-4

Nr. da Autenticação E02385D8C74F955E

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.

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.”

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

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).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁸**art. 1º. (...)**

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

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

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 **SALATIEL DE JESUS SOUSA** , em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08152811920208230010.

Rio de Janeiro, 18 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

150129110



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho

☐ Laranja

☐ Amarelo

☐ Verde

☐ Azul Ass.

DIURNO 07-19

25

1901201165 23/12/2019 13:39:44 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

SALATIEL DE JESUS SOUSA 04/03/1985 34 A 9 M 19 D 708007863278627

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Nacionalidade

IDENTIDADE 263148 SSP/RR M NAO INFORMADO PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Contato

MARIA PEREIRA DE JESUS SOUSA NI (95) 99156-1687

Endereço Ocupação

RUA - ITAJARA - 526 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL ANTONIA.SOARES

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente de trânsito de quicada de moto, com

Exame Físico

Exame físico com anamnese + exame físico

Hipótese Diagnóstica

Exame físico, 4-A-A Assamé Plano, Exame físico

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Tomografia Long @ Foto 13/4/19

2) Biquicada 8 @ 13/4/19

Condição

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares

Data Hora: 23/12/2019 13:41:26

1901201165

A

alta 18/01/2020



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Salahet De Jesus Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177637

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705009801090451

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/03/85

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mariana Pereira de Jesus Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991366756

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - Rue Apian 526 Prof: Anacni Souto Maier

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Costa

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

140010

15 - UF

RR 69315010

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente 8º de 34 anos de idade com
fórmula clíptica de rachos (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intoxicação aguda

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

Hemograma + Exame fezes + Ressonância

fórmula de galus (E)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

Dr. Manoel S.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

17/01/20

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - Cód.

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

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

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

17/01/20

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

0408020458

Dr. Dalsor Feito 523
e Tratado
17/01/20 RGE 4499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Galatíel de Jesus Souza, M, 492

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

14:15 15:00

17.06.2020

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
QUÍDICOS	A	M												
VENOSOS	V	D												
DA	°C	240												
X	38	220												
SO	36	200												
ANES	34	180												
X	32	160												
OP	30	140												
O	120													
TEMP	190													
ASPIR	80													
A	60													
RESP	40													
O	20													
Export														
Assist														
Contro														
SÍMBOLOS														

ECG + SpO2 + PAM + FC

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
RORAIMA, 17 de Junho de 2020. Nº 17.06.2020
AUTENTE: [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Propofol 100 mg	100 mg	1. V. e axilar	x = Opreue + monitorização
2. Midazolam 5 mg	5 mg	2. V. e axilar	1. Fentanyl 75 µg IV
3. Lidocaína 100 mg	100 mg	3. V. e axilar	2. Midazolam 2,5 mg IV
4. Dexametasona 10 mg	10 mg	4. V. e axilar	3. Punção perivascular supra-clavicular @ guiada pa USG / assept. ca / J. 18
5. Bupivacaína 0,375 % 15 ml	15 ml	5. V. e axilar	4. Bupivacaína 0,375 % 15 ml perivascular
6. Lidocaína 2 % 15 ml	15 ml	6. V. e axilar	5. Punção perivascular axilar
7. Atropina 1 mg IV	1 mg	7. V. e axilar	
8. Fentanyl 75 µg IV	75 µg	8. V. e axilar	
9. Dexametasona 10 mg IV	10 mg	9. V. e axilar	
10. Tioxiol 10 mg IV	10 mg	10. V. e axilar	
11. SAA		11. V. e axilar	

OPERACÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de antebraço @
ANESTESIA	Dr. Edino
CÓDIGO	Dr. Marcelo A.
CIRURGIÃO	Dr. Dalson
PERDA SANGÜÍNEA	NAS

EDINO ALLAMANO A. SOARES
Anestesiologista - CRM 820/RB
RQE 197



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Sabaret de Jesus Sousa

Data de Nasc: 04/03/1985 Idade: 34 Setor/leito: 116-3

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

Data: 17/01/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR
1. Informações: Jejum (X) Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim (X) Não Lateralidade () Sim (X) Não PNE () Sim (X) Não Alergia () Sim (X) Não Qual: <u>Não</u> Reserva de Hemoderivado: <u>40</u> () Sim (X) Não Outros: _____	<u>13:34</u>	<u>14:10</u>	<u>14:32</u>	<u>15:00</u>		<u>BPB</u>	<u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	<u>0'</u>						
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: (X) Deambulando () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>88</u> bpm PA: <u>120/86</u> mmHg SAT: <u>99</u> % () Regular () Irregular	Cirurgia Realizada <u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	Anestesia <u>BPB</u>	Antibiótico <u>Antibiótico</u>	Hemoderivados <u>D.O</u>	Posicionamento	Localização <u>OST. FMT. Vaso (E)</u>	Horário <u>15'</u>	T	FC	PA	SPO2	ALDR-TE	DOR	
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Paciente: Febre em</u> <u>SVCs de procedência</u> <u>deletos de estômago</u> <u>fratura de fêmur</u> <u>Medica: Nega</u> <u>Alergia:</u>	Nome: <u>CEFTAZOLIM</u>	Dose: <u>1g</u>	Plasma: <u>1</u>	Plaquetas: <u>1</u>	Antígeno Patológico: (X) Não () Sim () Pepsia () Cultura () Outros: _____	Observações: <u>2 h</u>								
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____	Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____	Entrada Hora: _____ Medi cação: _____ CH: _____ Volume: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____	Saída Hora: _____ Medi cação: _____ CH: _____ Volume: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)										
<u>15.15h. Paciente em repouso, em posição ortofr. radiol. (E) sob anest. BPB em uso de cateter no fêmur e O2 sob cateter nasal. Liberação da P.A. realizada.</u>														



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE SALATIEL DE JESUS SOUSA					
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	116-3	DATA	17/01/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	ACESSO VÊNOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10/22 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Ratina
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

*Segue o CT
do
Exame*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140 x 82	70	19	36,5
18 H	130 x 80	70		36,5
24 H				

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

às 12:00h Paciente no Leito,
feito Acesso com Jelco n. 18
em m.s.d., Afeto SSVV, segue
as unidades da enfermagem.

Isilene Garcia P. Mendes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcelo da Silva ANOS, 45
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 18/11/13 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 19/11/13 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Pedro de S. F. Junior E DR. Dr. Roberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/11/13 ÀS 15h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/11/13 ÀS 15h COM O
DR. Dr. Roberto

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. Roberto

BOA VISTA, 18/11/13

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

MÉDICO



SISTEMA DE REGISTRO
INFORMATIZADO DE LABORATÓRIO

Paciente: **Salatiel De Jesus Sousa**

Sexo: Masculino

Nasc: 04/03/1985

Idade: 34 ANO

Solicitação: 20152395

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HGR

Sector: GRANDE TRAUMA

Leito: ÁREA VERMELHA

Data de Emissão: 23/12/2019 14:56

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2015239504

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.36 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	75.70 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	17.80 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.81 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	15.50 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	46.20 %	40.0 - 50.0 %
VCN	96.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	32.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	12.40 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	50.40 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	158.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.30 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.50	9.0 - 17.0
PCT	0.147 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins
Bióquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino da Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Retificado

Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx55) 2121 0840-
E-mail: hgr@hgr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO DE COAGULÁVELS

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239505

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,50 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0,80	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	26,20 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	0,96	0.75 - 1.22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Sergio A. L. Martins
Bioquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Rotificado

Página 3 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx551 2121 0240
E-mail: hgr@hgr.rr.gov.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 2202
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JARDIM BELLA VISTA - BOA VISTA - RORAIMA

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239502

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.01 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente do dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

505.65 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

109.67 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

29.16 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Mª José S. Gomes
Bioquímica
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizine de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:31

(*) Notificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
Cxx55) 2121 0840
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA
LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO E REFERÊNCIA

Paciente: Salatiel De Jesus Sousa	Sexo: Masculino	Nasc: 04/03/1985	Idade: 34 ANO
Solicitação: 20152395	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 23/12/2019 14:56	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2015239503

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)

Material: SORO		
Metodologia: M24 - Imunocromatografia	Resultado	Referência
HBSAG	Não Reagente	NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Material: SORO		
Metodologia: M24 - Imunocromatografia	Resultado	Referência
HCV	Não Reagente	NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO		
Metodologia: M24 - Imunocromatografia	Resultado	Referência
TESTE RÁPIDO 01	Reagente	NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO 02	Reagente	SEM REFERÊNCIA
CONCLUSÃO FINAL	AMOSTRA REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR 02 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados Falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

MP José S. Gomes
Biotecnologia
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - 044 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

25/12/2019 14:32

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
CXX95: 2121 0540
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **SALATIEL DE JESUS SOUSA**

AGNÓSTICO **FX ANTEBRAÇO**

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

116-3

DATA

18/01/2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

5

TILATIL 20MG EV DE 12/12H

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM

8

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN

11

12

13

14

15

16

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

17

SSV + CCGG 6/6 H

18

CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

1176-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Sebastião de Jesus Sousa				
AGNOSTIC	fratura de fêmur (E)				
ALERGIAS					
IDADE	34	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO		DATA	17/01/20		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				16/02-04-10
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				22-06-14
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Rebin
15	Levofloxacino 1g EV 0610h WTF				curativo
16	Levofloxacino 1g EV 12h				20-08
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Okemini
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18517/PP

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120x70	70	36
24 H	120x80	86	36,70c

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Salatiel de Jesus Sousa
Responsável Cirurgião Dr. Marcelo Avelar

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA/AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado para fluidos

Dr. Daniel Soares Ferreira
Médico
CRM-RR 1179

Data 13/01/2020

Assinatura

Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Edson

Al. DAVIEL

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,

Qual: ceftriaxona 1g Hora: 14:10

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

() Sim ☒ Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Dr. José Luciano dos Santos
CRM-RR 352.112 - ENP
COREN-RR Enfermeiro

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		10:34a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
SALATIEL DE JESUS SOUSA		116.3	177747	17 / 01 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. FANT. RÍO (E)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			14:32	15:00	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. MARCELO ALUNA		ANESTESISTA:	DR. EDUO	
1º AUXILIAR	DR. DALSON		RES. ANESTESIA:	R. DANIEL	
2º AUXILIAR	R3. MARCELO		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: DPB			CIRCULANTE	GUARDE + HULLA	
			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
8	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
7	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		8	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA/OSSE CATETER 02	
	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM CLONEX.DNA ALCOOLICA	
1	SERINGA 20ML		20ml	FITA CARDIACA CLONEX.DNA DEG.	
1	GELIO 18		7	OUTROS: ATADUM CMEPSA 20ml	
1	EQ-DO MACAO				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA			
	WUARO				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



Salvador De Jesus Sousa

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.01.20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Exame e Antecedentes
- 3) Lavagem de campo Estéril
- 4) Incisão longitudinal de Thompson + abertura por
Manos Longueiro até Veneja do foco de
fratura
- 5) Redução aberta + fixação com placa MP de
07 Oufens e com parafusos
- 6) Lavagem radiológica
- 7) L.M.C
- 8) Fratura fixada Manos de Thompson
- 9) Lavagem
- 10) RPA

Fol. 17

Sei et, scaturit per
+ de de Fuch
Cucumbis per R.

8
+ Iris b. l. g. s.
plac. p. r. n. t.
per C. n. r. per R. p. n. s.

Pablo Caracho Estrenado Junio
1.1.1880 C. n. r. 1506



Pai at

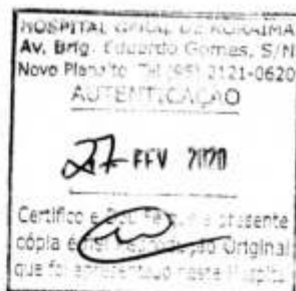
Pai at, natureza pura
+ Le de Fuch

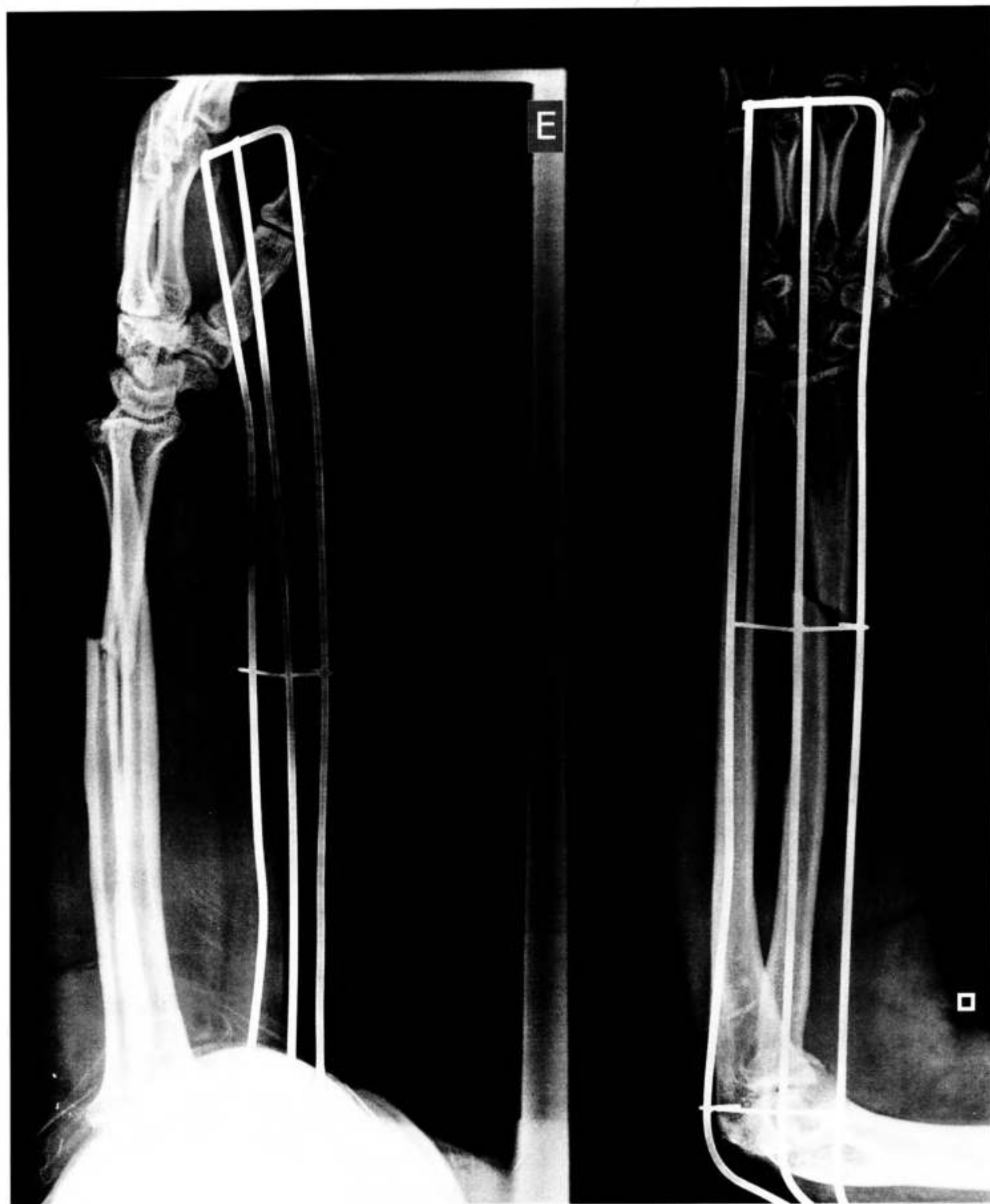
Encomenda ao p. R

+ João b. l. g. m
placante

por amor por sempre


Paulo Roberto Eschenberg Junior
Médico CRM 1506









TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

201.89104.71-0

NÚMERO

5752062

SÉRIE

0030

UF

RR

Salatiel de Jesus Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

PÓLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



SALATIEL DE JESUS SOUSA

FILIAÇÃO: JOSÉ DE SOUSA
MARIA PEREIRA DE JESUS SOUSA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 04/03/1985

ESTADO CIVIL: CASADO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA - MA

DOCUMENTO: R.G. 263148 SE SP RR 2907/2002

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 017.837.163-71

TIT. ELEITOR: 003399142615

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 05/10/2010

ZONA: 070

Salatiel de Jesus Sousa

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

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 - SEI ILICITA D - ADOÇÃO F - RESCISÃO VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129137/20

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF: 017.837.163-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SALATIEL DE JESUS SOUSA : 017.837.163-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013042196142
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 01 0104349510 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

ANTONIA DE JESUS SOUSA
NOME

943.561.222-91
CPF/CNPJ

PLACA ANT / UF 9C2KC1660FR040812
CLASS

PAS/MOTOCICLETA/NO APLIC. ALCOBENSUEL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2015 2015

2P/0149CC/ CATEGORIA 2P/0149CC/

1. *PAGU* VENC. COTA ÚNICA 1.*****
2. *PAGU* VENC. COTA ÚNICA 2.*****
3. *PAGU* VENC. COTA ÚNICA 3.*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 105.7 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.5 DATA DE PAGAMENTO 09/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIBIDA A MAZON OCUPADA
OBSERVAÇÕES

BD A VISTA-RR LOCAL DETRAN-RR 19/07/2018
DETRAN-RR

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

RR Nº 013042196142 BILHETE DE SEGURO DPVAT

943.561.222-91
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 19/07/2018

VIA 943.561.222-91 CPF/CNPJ

0104349510 RENAVAM

2015 ANO FAB CAT TMB 9C2KC1660FR040812

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$81.29
DENATIAN (R\$) R\$9.03
CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0.7 OF (R\$) R\$185.5

PAGAMENTO ☐ PARCELADO ☒ COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

JUL / 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Salatiel de Jesus Sousa
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 263198 ÓRGÃO EMISSOR: _____
DATA DE EMISSÃO: 23.01.20
Nº CPF: 017.834.163-71
ENDEREÇO: R. Rio Apicim Nº 526 Bairro: Uracelis maior

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Figueira
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 239414 ÓRGÃO EMISSOR: _____
DATA DE EMISSÃO: 23.01.20
Nº CPF: 825.896.343-20
ENDEREÇO: CC 11 Nº 294 Bairro: Uniceira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imobilidade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista, 23 de Janeiro de 20 20

Salatiel de Jesus Sousa
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Rua: 14 de Abril, 141 - Boa Vista - Boa Vista - PE
Fone: (081) 3637-1111
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de SALATIEL DE JESUS SOUSA

Em testemunho de verdade EQLC
Boa Vista, 23 de Janeiro de 2020
Não consulte o site e assine em cidades portais www.com.br
UFPECFIR184296-ITNPSKUEQWZ208

175.499
Marta Maria da Silva
Tabela Substituta

Impressão: R\$ 2,40 Fundos: R\$ 2,55 SELOR: R\$ 1,50 Total: R\$ 6,45

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129137/20

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF: 017.837.163-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: SALATIEL DE JESUS SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

SALATIEL DE JESUS SOUSA : 017.837.163-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200165703 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SALATIEL DE JESUS SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000002441-4

Nr. da Autenticação E02385D8C74F955E

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165703

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SALATIEL DE JESUS SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165703

Vítima: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SALATIEL DE JESUS SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SALATIEL DE JESUS SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000000002441-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 017.837.163-71 3 - CPF da vítima: 017.837.163-71 4 - Nome completo da vítima: Salatiel de Jesus Sousa

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

5 - Nome completo: Salatiel de Jesus Sousa 6 - CPF: 017.837.163-71
7 - Profissão: Semiescrevente 8 - Endereço: R. Rio Apiaçu 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avelar Moura 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-016
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 090908 CONTA: 0002441 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 06 de Abril de 2020

x Salatiel de Jesus Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007794/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/02/2020 11:04 Data/Hora Fim: 20/02/2020 11:18
Origem: Data: 20/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/12/2019 12:13

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Professora Araceli Souto Maior
Logradouro: RUA RIO APIAÚ

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SALATIEL DE JESUS SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 04/03/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: MA - Santa Luzia Profissão: Pedreiro Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Pereira de Jesus Sousa Nome do Pai: José de Sousa

Documento(s)

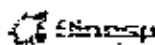
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 017.837.163-71

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua apiáú Nº: 526
Bairro: Professora Araceli Souto Maior
Telefone: (95) 99156-1687 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 943.561.222-91	Placa NUI8783
Renavam 01043499510	Número do Motor KC16E6F040812
Número do Chassi 9C2KC1660FR040812	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007794/2020

Última Atualização Denatran 20/03/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Salatiel de Jesus Sousa

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS, ESTAVA NO CARONA DA MOTO PLACA NUI8783, QUANDO A CONDUTORA ANTONIA DE JESUS SOUSA, AO PASSAR POR CIMA DE UM BURACO, SE DESEQUILIBROU CAUSANDO O ACIDENTE; QUE O COMUNICANTE FRATUROU O BRAÇO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara-Vileca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Salatiel de Jesus Sousa
(Vítima / Comunicante)

"Declara para os devidos fins de efeito que sou o(a) Unitário(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei agora, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 017.837.163-71 3 - CPF da vítima: 017.837.163-71 4 - Nome completo da vítima: Salatiel de Jesus Sousa

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

5 - Nome completo: Salatiel de Jesus Sousa 6 - CPF: 017.837.163-71
7 - Profissão: Boleiros Gerais 8 - Endereço: R. Rio Apiaçu 9 - Número: 536 10 - Complemento:
11 - Bairro: Avelar Moura 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.315-016
15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 090908 CONTA: 0002441 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogô)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogô)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogô)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, RR, 06 de Abril de 2020

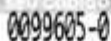
x Salatiel de Jesus Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. **FCAM***

CPF: 00097649929272

		TRICADADORES		CONTINUIDADE			
	Menor	Trimestral	Anual		Trimestral	Anual	
1.º ano	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2.º ano	6,28			2,00			5,07
Conjunto	DISTRITO			Período de aplicação: 10/2019			Euro: 245,62

13 VIA

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

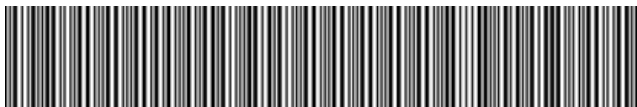
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ADERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Salatol de Jesus Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.837.163 / 71
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Salatol de Jesus Sousa
inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.837.163 / 71 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua EC 18</u>	Número: <u>293</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Louza Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco999@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3835</u>

Local e Data: Boa Vista RR 06 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante