

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: 2800636520200805110117

Processo 0818515-09.2020.8.23.0010 ☆ - (14 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)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8500 por pág.1



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

Processo: 08185150920208230010

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 **ACASSIO PORTO CANDIDO** e outros, 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 **10/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/05/2020**.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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.

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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).**

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.

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.”

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\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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 hipotético⁶.

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 pátrios⁷.

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

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

A 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 citação⁸.

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 ação⁹

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“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)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, 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 Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁹art. 1º. (...)

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

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, 4 de agosto 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ACASSIO PORTO CANDIDO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08185150920208230010.

Rio de Janeiro, 4 de agosto 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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229858

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ACASSIO PORTO CANDIDO

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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229858

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ACASSIO PORTO CANDIDO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ACASSIO PORTO CANDIDO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 0000028255-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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: 3 - CPF da vítima: 00317434209 4 - Nome completo da vítima: ACASSIO PORTO CÂNDIDO

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

5 - Nome completo: ACASSIO PORTO CÂNDIDO 6 - CPF: 00317434209

7 - Profissão: MECÂNICO 8 - Endereço: R: ESTRELA DO SUL 9 - Número: 334 10 - Complemento:

11 - Bairro: BAIRRO DO SUL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012

15 - E-mail: NUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 57800 CONTA: 282553
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 23/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 3661/2020 - Registrado em: 26/05/2020 às 18h 21min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 10/02/2020 às 14h 10min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: SEBASTIÃO DINIZ

Bairro: SAO VICENTE

Referência:

Complemento:

UF: RR

Nº: 2630

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ACASSIO PORTO CANDIDO(32), nascido(a) em 06/10/1987, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de MECÂNICO, CPF Nº 003.174.342-09, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de LAURENICE BENEDITA PORTO DA SILVA e JOAO CANDIDO DA SILVA, endereço: ESTRELA DO SUL, cep: 69316-012, Nº: 334, bairro: RAIAR DO SOL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99176-0425.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: COMUNICO QUE NO DIA 10/02/2020 APROXIMADAMENTE ÀS 14H10, NA AVENIDA SEBASTIÃO DINIZ - BAIRRO SÃO VICENTE, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN DE PLACA: NAK9613 CHASSI 9C2KC28204R003147 DE PROPRIEDADE DE MARIA LUIZA A. CAVALCANTE E QUE TINHA COMO GARUPA A SENHORA ADRIELLY; QUE IA SENTIDO CENTRO/BAIRRO E QUE NA MESMA VIA E NA MESMA DIREÇÃO TRAFEGAVA OUTRO VEÍCULO DA MARCA AMAROK QUE PAROU BRUSCAMENTE NA VIA, MOMENTO EM QUE OCORREU A COLISÃO. QUE SOFREMOS LESÕES CORPORAIS E QUE FOMOS SOCORRIDOS PELO SAMU ATÉ O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Acassio Porto Candido

ACASSIO PORTO CANDIDO
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E
RODOVIÁRIO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

**RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)**

ROP nº 3872	Data 10/02/2020	Tipo OUTROS	Und Op CIPTUR	DP
H/Trans 14:10:00	H/Ini 14:10:00	H/Cheg 14:15:00	H/Fim 16:35:55	VTR CIPTUR 09
KM Inicial 23740	KM Fim 23749			
Cód Oc. - 1001		Cód Prov. - 13005 - 13006 - 13010 - 13999		Cód. Ser. Prest. -
Local da Ocorrência RUA: AV. SEBASTIAO DINIZ, Nº 2630, BAIRRO: SAO VICENTE				

PESSOAS RELACIONADAS

ENVOLVIDO	1 ENVOLVIDO			Nome : ROBERTO PEREIRA SANTOS		
	RG: 182039		CPF: 662.897.932-68		Idade: 37	
	Endereço: AV. BENJAMIN CONSTANT, Nº3150, SÃO VICENTE					

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 01) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	2 ENVOLVIDO	Nome: ACÁSSIO PORTO CÂNDIDO	
	RG: 313066-5	CPF:	Idade: 33
	Endereço: RUA BRIGADEIRO OLIVEIRA, Nº197, 13 DE SETEMBRO		

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 02) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	3 ENVOLVIDO		Nome: ADRIELLY SILVA CASTRO	
	RG: 4181859	CPF: 015.059.212-44	Idade: 24	
	Endereço: RUA RIO CAROEBE, Nº207, SÃO VICENTE			

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: ITEM 03) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

	4 TESTEMUNHA	Nome: MAVERI LENNO RODRIGUES DE ALMEIDA	
	RG: 4888388	CPF: 006.697.012-11	Idade: 30
	Endereço: RUA ACRE, Nº3510 , DOS ESTADOS		

2 ÚLTIMAS CONDUÇÕES: (ID 3872 - TIPO: TESTEMUNHA - OBS: ITEM 04) - TOTAL DE CONDUÇÕES: 1

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMAS LESÃO CORPORAL NO ENDEREÇO SUPRACITADO. NO LOCAL, FOMOS INFORMADOS PELOS ENVOLVIDO: QUE O ITEM 01 (SRº ROBERTO) QUE CONDUZIA O VEICULO VW/AMAROK DE COR PRETA DE PLACAS PBU5149 E TRAFEGAVA NA AV. SEBASTIÃO DINIZ SENTIDO CENTRO=> BAIRRO 13 DE SETEMBRO QUANDO EM FRENTE AO Nº2630 TENTOU ESTACIONAR SEU VEICULO NA MARGEM DIREITA DA AVENIDA QUANDO HOUEVE A COLISÃO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN DE COR VERMELHA PLACA NAK9613 QUE ERA CONDUZIDA PELO ITEM 02 (SRº ACÁSSIO) E TINHA A ITEM 03 (SRª ADRIELLY) COMO PASSAGEIRA E TRAFEGAVA NA MESMA AVENIDA E SENTIDO DO ITEM 01. QUE SEGUNDO A TESTEMUNHA ITEM 04 (SRº MAVERI) O VEICULO VW/AMAROK PAROU BRUSCAMENTE NA VIA QUE OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA SOFRERAM LESÕES CORPORAIS (ITEM 02 POSSÍVEL FRATURA NO FEMUR, ITEM 03 ESCORIAÇÕES PELO CORPO) QUE O SAMU FEZ O ATENDIMENTO NO LOCAL E OS REMOUEU AO PSE/HGR PARA ATENDIMENTO MEDICO ESPECIALIZADO. QUE FOI REALIZADO TESTE DO ETILOMETRO NO ITEM 01 (SR ROBERTO) SOB AMOSTRA Nº01157 QUE RESULTOU EM 0,00 mg/L.

QUE FOI ACIONADO A PERICIA IC/PCRR, SENDO REALIZADA PELO PERITO MARLON E SUA EQUIPE. QUE OS VEICULOS FORAM LIBERADOS NO LOCAL. SENDO QUE O VEICULO AMAROK PARA SEU CONDUTOR E A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN PARA O SRº DENER CLEY DE ARAUJO CASTRO (COM AUTORIZAÇÃO DO ITEM 02).QUE O ITEM 02 (SRº ACÁSSIO) NÃO POSSUI CNH/PPD E FOI CONFECCIONADO AUTO DE INFRAÇÃO A157 Nº008251. ERA O QUE TINHA A

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 00317434209 4 - Nome completo da vítima: ACASSIO PORTO CÂNDIDO

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

5 - Nome completo: ACASSIO PORTO CÂNDIDO 6 - CPF: 00317434209

7 - Profissão: MECÂNICO 8 - Endereço: R: ESTRELA DO SUL 9 - Número: 334 10 - Complemento:

11 - Bairro: BAIRRO DO SUL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316012

15 - E-mail: NUANNA.50022A71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 57800 CONTA: 282553
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 23/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ACASSIO PORTO CANDIDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000000028255-3

Nr. da Autenticação EB6E0C4EDE774C73



CNPJ: 05.930.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.425-3
RUA MELVIN JONES, 210 - SÃO PEDRO - CEP. 88.306-410

APENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 1233653

Fevereiro/2020

Dados do Cliente:

NESSY BONFIM DA CONCEIÇÃO

Endereço para entrega:

RUA ESTRELA DO SUL, NÚM. 06304 - BAIRRO
O SOL BOA VISTA SR 69316-012

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.108.0032.000	15	2095	RESIDENCIAL
Hidrómetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	FACTIVEL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NÚM DE DIAS
LEITURA FAT.		10	0
LEITURA INF.			
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

202001 10-0
201912 10-0
201911 10-0
201910 10-0
201909 10-0
201908 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água (Litros por Segundo em Condições)					
Informações dos Aparelhos Registrados no Teto do Duto Horizontal					
DECRETO FEDERAL Nº 5400 - 2005 (L. 30)					
APARELHO	CLASSE	TURBIDIM.	CCR	UTLIZADO	5.000L
ESGOTO	100	100	100	100	100
ANALISADO	242	242	242	242	242
CONFORME	242	242	242	242	242

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2019		0,48
JUROS DE MORA 10/2019		0,29

VENCIMENTO: 15/03/2020

TOTAL A PAGAR

24,60



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1233653	02/2020	15/03/2020	24,60

826600000000-2 24600004001-3 00123365301-1 02202020003-0



Via do Cliente

**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: 4464959

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	01/2020	20-DEC-19 a 22-JAN-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1197	10-FEB-20	R\$ 969,04

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**

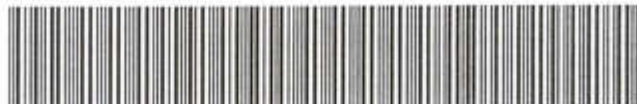
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	01/2020	R\$ 969,04

836500000093.690400750004.000000000539.918001200057



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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE S. LOPES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 204316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ACASSIO PORTO CANDIDO inscrito (a) no CPF sob o Nº 003174342, 09

do sinistro de DPVAT cobertura INTANDEZ da Vítima ACASSIO PORTO CANDIDO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 003174342, 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

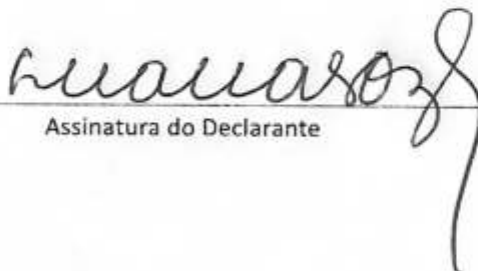
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 SD.PM. JACINTO J S SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CARANA</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel. (DDD): <u>95991168367</u>

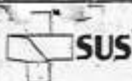
Local e Data: BOA VISTA, 23 DE JUNHO DE 2020.



Assinatura do Declarante

A

Alta: 19/02/2020



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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU 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 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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 SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019
T068
5730 V299

Uitko
UKE
Tale

2001218903	10/02/2020 14:56:26	FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	21
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ACASSIO PORTO CANDIDO		06/10/1987	32 A 4 M 4 D					
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	3130665	SSP-RR	16/01/2004	M		PARDA	ITAUBA - PA	BRASILEIRA
Mãe				Pai			Contato	
LAURENICE BENEDITA PORTO DA SILVA				JOAO CANDIDO DA SILVA			(95) 36249-643	
Endereço							Ocupação	
RUA - BRIGADEIRO OLIVEIRA - 197 - TREZE DE SETEMBRO - BOA VISTA - RR								

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			Registrado por:	
				AURELIANO AL EXANDR	

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

Colisão moto x carro

Anamnese de Enfermagem

GSC										TOTAL									
AQ: 1 2 3 4										RV: 1 2 3 4 5									
MRV: 1 2 3 4 5 6																			

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente vítima de colisão moto carro, estável, lúcido e orientado, queixando-se de dor em m/b.

Exame Físico

A: vias aéreas peritoniais, CC.
B: boa expansão bilobada, MVUA, boa perfusão periférica.
C: sem alterações.
D: ECG: IS

1006.1: 2000

Av. Bríg. Eduardo Gomes, 574
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Hipótese Diagnóstica

Trauma contuso em MTD.

SADT • Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ EC

Certifico e Dou-Fa que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

4. Tramal 100 mg + SF 0.9% 100 ml - correr EV lento.

2) - RX de quadril e fêmur direito.

③ SFO, 92.500 ml (E) agree.

4) Sublições ortopédica

Conduta

() Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência

☐ Ambulatório

() Observação (Até 24h)

() Internação

Data e Hora da S

Data e Hora da Salda/Ata, ____/____/____.

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: aureliano.alexandre
Data Hora: 10/02/2020 14:57:35

© 2000
NOTESCH - Musikalien aus dem Musikarchiv
H.M. - Musikalien aus dem Musikarchiv
H.M. - Musikalien aus dem Musikarchiv

Maria Mikovits D. de Mendonça
Médica
CRM-FR 1693

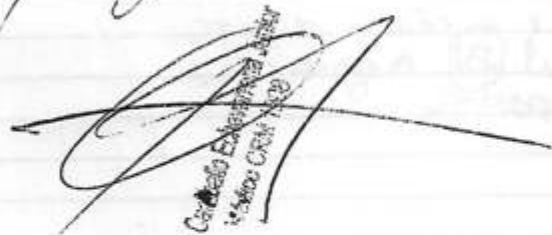


2001218802

URGIA
?

Phick

~~Est~~ lutar qual
Direito reduzir
Juntos com a f
do giro. di
que bligo p m i n
control off -



Atuando Exatidão
14/04/2020

UNIVERSIDADE DE MARFAMA
R. B. G. do Gomes, S/N
Novo Horizonte - Tel: (51) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
22 ABR. 2020
Certifico que a presente
cópia é uma reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Alc. M. S. Fortes Cav. et. c.</i>			
AGNÓSTICO <i>Sup. em Pot. de quad. f.</i>			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		20 08
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18 24 06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		20 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		18 24 06 10
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		Manter
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		22 06 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		Manter
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		Manter
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H		Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO		Realizar
15	<i>Manter to by de 1x ao dia.</i>		20
16	<i>Manter imobilização membro inferior.</i>		
17	<i>Realizar Redução Fratura quadril 1)</i>		
18	<i>CP. Intato.</i>		
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
 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
 Novo Planalto Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 22 ABR 2020
 Certifico e dou fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	126/76	94	-

OGH 118/72 89

Regulado
 para alta

BIA 106-3

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SSVV
 21:00 hs
 7.36.7°C
 PA - 140 x 80



FICHA DE ACOLHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO

Data da Internação: 11/02/20 Data do Acolhimento: 11/02/20
Setor: Bloco A Leito: 106-01 Procedência: _____
Nome: Adriano Porto Cordeiro Idade: 32a
Nacionalidade: Brasileira Sexo: ☐ F ☒ M
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado ☒ União Estável ☐ Outro: _____ Nº de Filhos: 01
Empregado: ☒ Sim ☐ Não Profissão: Medicina
Religião: ☐ Católico ☐ Evangélico ☐ Testemunha de Jeová ☐ Budista ☐ Nenhuma ☐ Outra: _____
Onde reside: Boa Vista Com quem reside: ☐ Pais ☐ Cônjuge ☐ Só ☐ Filhos ☐ Outros: _____
Informante: ☐ Próprio paciente ☐ Acompanhante ☐ Outro: _____
Pessoa (s) de Referência 1 - _____ Vínculo: _____ Tel.: _____
Pessoa (s) de Referência 1 - _____ Vínculo: _____ Tel.: _____

2 - INTERNAÇÃO E DIAGNOSTICO

Motivo da Internação: _____
História da Doença: _____
Tem conhecimento de seu diagnóstico: ☒ Sim ☐ Não Compreende a necessidade do tratamento: ☒ Sim ☐ Não

3 - LIMITAÇÕES

☒ Sim ☐ Não - Se SIM, assinalar limitação: ☐ Auditiva ☐ Visual ☒ Motora ☐ Fala ☐ Outra: _____

4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Acompanhante presente: ☒ Sim ☐ Não - Se SIM, quem: ☐ Pais ☒ Cônjuge ☐ Filho (a) ☐ Outros: _____

5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS

Alteração no nível de consciência	SIM ☐	NÃO ☒	Choro frequente	SIM ☐	NÃO ☒
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM ☐	NÃO ☒	Transtorno emocional evidente	SIM ☐	NÃO ☒
Expressão de afeto condizente	SIM ☒	NÃO ☐	Consciência de morbidade	SIM ☒	NÃO ☐
Linguagem fluente	SIM ☒	NÃO ☐	Linguagem coerente/organizada	SIM ☒	NÃO ☐
Atenção preservada	SIM ☒	NÃO ☐	Memória preservada	SIM ☒	NÃO ☐
Pensamento organizado	SIM ☒	NÃO ☐	Orientação auto/alopsíquica preservada	SIM ☒	NÃO ☐
Adequação do sono	SIM ☐	NÃO ☐	Adequação da alimentação	SIM ☒	NÃO ☐

OBS.: _____

Abuso de substância: ☒ Não tem histórico ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Drogas

6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO

Recusa/ resistência ao cuidado ou tratamento: ☐ SIM ☒ NÃO Adaptação à internação: ☒ SIM ☐ NÃO ☐

7 - PROCEDIMENTO ADOTADO

Acompanhamento: ☒ Paciente ☐ Familiar ☐ Alta psicológica
Encaminhamento: ☐ CAPS II ou III ☐ CAPS AD ☐ UBS ☐ Outro: _____

8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

paciente no auto, com aspectos emocionais e cognitivos preservados. Relatou certo episódio de acidente e a qualidade de vida, supondo que, até a época, estava bem. Acompanhado da esposa - Sr. Paula, com 3 filhos e netos e o atendimento.

RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: _____

DATA: 11/02/20





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




DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE: **ACASSIO PORTO CANDIDO**

AGNÓSTICO: **LX QUADRIL D**

ALERGIAS: HAS **NEGA** DM2 **NEGA**

IDADE: LEITO **106-1** DATA **11/02/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	S/A
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mase
---	--------------------------	------

3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	S/A
---	----------------------------	-----

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12/18
---	------------------------	-------

5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
---	------------------------	----

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	S/A
---	---	-----

7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	S/A
---	--	-----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	18
---	-------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/A
---	---------------------------------	-----

10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	S/A
----	---	-----

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/A
----	---	-----

17	SSV + CCGG 6/6 H	S/A
----	------------------	-----

18	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

21		
----	--	--

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 U/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.

SOLICITAÇÃO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	120/67	77		36,2	
18 H	119x67	75	19	36,8	
24 H	120/85	79		36,2	

Plantas metabólicas: realizado curativos de enfermagem, aferido SSVU, administração medicamentosa de acordo com prescrição.

As 18:00h Paciente no Leito, Aferido SSVU segue sem queixas aos cuidados da equipe de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mende
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

ob: hr
PA = 130/77
FC = 81
T = 36,2

106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO							
AGNÓSTICO LX QUADRIL D							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	106-1	DATA	12/02/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					2nd	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO					Rondel	
3	SF 0.9% 500ML EV 12/12H SN					5h	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					2h 18min 2006	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					1h	
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT					03:00	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM					3h	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					8h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					2h	
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					6h	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					Rondel	
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
 UI/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:
 # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	129x81	94		36
18 H	127x80	88		35.2
24 H	126x80	82		36

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

06h 110/80 80 36.1
 06: Paciente no leito,
 sem queixas. Aceita
 bem medicações prescritas.
 Segue os cuidados de

Diene
 Diene Steffany Ferreira Diniz
 COREN-RR 616.689-TE

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: ACAAIO PORTO CANDIDO					
AGNÓSTICO: LX QUADRIL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	13/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mont 2
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12:00 200 06°
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06°
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				7 SW
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				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Máximo
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:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140x80	93	20	36
18 H	140x90	94		35.4°
24 H	130x90	82		

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

12h PA: feito medicações SSVV CPM.
 Tec. Buena.

06/02/2020 140/85 P. 88 36°

Administrado medicação
 CPM de horário CPM e ver
 ficado SSVV
 Tec. Muriel

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO					
AGNÓSTICO LX QUADRIL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	14/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				VE 18 24 06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				1/2
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7 SN 18 24 06
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				7 SN 18 24 06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				7 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				Salina
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:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

06h 122x78 80 36.3C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	134x77	80	19
18 H	14x87	85	36.7C
24 H	128x88	74	36.4C

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

As 12:00h Paciente no leito, Afébril 36.3C, segue com queixas nos cuidados da equipe de enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mende
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 552.039-TE

Tamém + SSVV
 ADM e conforme Prescrição Médica
 cuidados gerais feitos
 sem queixa

Uesiziane Melo de Souza
 COREN-RR-292.369-TE

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	ACASSIO PORTO CANDIDO
----------	-----------------------

AGNÓSTICO	LX QUADRIL D
-----------	--------------

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	-----	------	-----	------

IDADE	LEITO	(106-1)	DATA	15/02/2020
-------	-------	---------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	5:00
---	------------------	------

2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
---	--------------------------	--------

3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	3:00
---	----------------------------	------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	18:18 20:26
---	------------------------	-------------

5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	9:00
---	------------------------	------

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	5:00
---	--	------

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	1:00
---	---	------

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	0:00
---	-------------------------	------

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	9:00
---	---------------------------------	------

10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	9:00
----	---	------

11		
----	--	--

12		
----	--	--

13		
----	--	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	9:00
----	---	------

17	SSVV + CCGG 6/6 H	9:00
----	-------------------	------

18	CURATIVO DIÁRIO	9:00
----	-----------------	------

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:

#CONDUITA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/90	79	20	
18 H				
24 H	138/98	96	36.7°C	

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

6h 138/98 94

37.2

Dr. Médico de Roraima
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM -RR 2028



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO					
AGNÓSTICO LX QUADRIL D					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	106-1	DATA	16/02/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SW
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18-24-00
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SW
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SW
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				SW
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:

(Handwritten signature)
 MÁRCIO
 CRM-RR 2007

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	120 x 80	85	36
18 H	120 x 90	80	36
24 H	120 x 80	82	

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

(Handwritten notes)
 PAIR NO NUNTO ENTREV. 15. JUN. 2020
 06.4 110 x 70 76
 403632

106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE ACASSIO PORTO CANDIDO							
AGNÓSTICO LX QUADRIL D							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO	106-1	DATA	18/02/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN					SND	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					12.18.00.00	
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA					1/6	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN					SIN 2/2	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM						
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SIN	
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN					S/N	
11							
12							
13							
14							
15							
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SIN	
17	SSVV + CCGG 6/6 H					Realizar	
18	CURATIVO DIÁRIO					Realizar	
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,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	117/81	86	36
18 H	100/70	93	36
24 H	120/90	95	36

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

12h Paciente recebeu a medicação dipirona, após SSVV, segue aos cuidados.

Jacqueline Viana de Aguiar
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 54997-TE

06h Realizado SSVV. Recusou AVA novo. Queixou-se de cefaleia, feito item 06. (Tramal VO.) Segue aos cuidados da enfermagem! Per...
 06-PA 120x80
 P. S. T. 077



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ACASSIO PORTO CANDIDO				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	19/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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	SSVV + 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:

CONDUÇÃO: 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

106-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/1/10, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA 10/1/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/1/10, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1/10, ÀS _____, COM O
DR. _____

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. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

BOA VISTA, 11/1/10

MÉDICO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	80.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC-3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.
CPF	294316382 - 15
<i>Ramiro Francisco da Silva Junior</i> ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 28/08/93	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA	
 MODELO DIRETO	
<i>Luana Amorim</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

dados pessoais
 para a
 emissão
 do documento
 de trabalho
 e previdência social
 em conformidade
 com o Decreto
 nº 3.049, de 18 de maio de 1995

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.73674.83-0

3494387

003-0

RR

João Porto Cândido




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ACÁSSIO PORTO CÂNDIDO

FILIAÇÃO: JOÃO CÂNDIDO DA SILVA
 LAURENICE BENEDITA PORTO DA SILVA

NASCIMENTO: 05/10/1987 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: ITAIPURA - PA

DOCUMENTO: R.G. 3130605 SESP RR 184012004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 003.174.342-03 CNH:

TIT. ELEITOR: 003745172615 SEÇÃO: C184 ZONA: 001

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 04/01/2010



ACÁSSIO PORTO CÂNDIDO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177806/20

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF: 003.174.342-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACASSIO PORTO CANDIDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ACASSIO PORTO CANDIDO : 003.174.342-09

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: 26/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229858 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 03.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229858 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 03.

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ACÁSSIO PORTO CANDIDO

Identidade: 3130665 SSP/RR CPF: 003.174.342-09

Naturalidade: ITAITUBA/PA **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** MECÂNICO

Endereço: RUA ESTRELA DO SUL, 334 – RAIAR DO SOL / CEP: 69.316-012

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

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; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 27 de fevereiro de 2020.

 *Acássio Porto Candido*

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO
AV. VILA ROSE Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3634-4097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		TABELEIRO E REGISTRADOR
REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)		
[5481yq90]-ACASSIO PORTO CANDIDO		
LAAF Em testemunho da verdade Boa Vista 17/03/2020		
Embol 2,56 FUNDEJURR 0,26 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 Vt 6,01 50		
Selo REC FIR 15834594JUBKTW9IX73E51 Nº Ticket 00008		
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br		
CPF Solicitante: 00317434209		

Luana Amorim de Souza Lopes
Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177806/20

Vítima: ACASSIO PORTO CANDIDO

CPF: 003.174.342-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ACASSIO PORTO CANDIDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ACASSIO PORTO CANDIDO : 003.174.342-09

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: 26/06/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO