

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: 2831465920200903114854

Processo 0821238-98.2020.8.23.0010 ☆ - (13 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)

Rescalos

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:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.1

| Seq.                     | Data                              | Evento                                                                                                                                                                                                                                                                          | Movimentado Por                                  |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 9                                 | 03/09/2020 11:48:54 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                           | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br>Procurador           |
|                          | 9.1 Arquivo: Petição              | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO   2747630CONTESTACAO01.pdf                                                                                                                                                                                                                       | Público                                          |
|                          | 9.2 Arquivo: DOCS                 | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO   2747630CONTESTACAOAnexo02.pdf                                                                                                                                                                                                                  | Público                                          |
|                          | 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO   KITSEGURADORALIDER.pdf                                                                                                                                                                                                                         | Público                                          |
|                          | 8                                 | 01/09/2020 00:02:44 LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA<br>(Pelo advogado/curador/defensor de GESSICA DE SOUZA RODRIGUES) em 31/08/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (21/08/2020) e ao evento de expedição seq. 7. | SISTEMA CNJ                                      |
|                          | 7                                 | 21/08/2020 21:56:25 EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO<br>Para advogados/curador/defensor de GESSICA DE SOUZA RODRIGUES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (21/08/2020)                                                        | JOSE CLEAN DA SILVA SOUSA<br>Analista Judiciário |
| <input type="checkbox"/> | 6                                 | 21/08/2020 12:55:04 PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE                                                                                                                                                                                                                       | ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES<br>Magistrado        |
|                          | 5                                 | 21/08/2020 09:40:52 CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                    | SISTEMA CNJ                                      |
|                          | 4                                 | 21/08/2020 09:40:51 RECEBIDOS OS AUTOS                                                                                                                                                                                                                                          | SISTEMA CNJ                                      |
|                          | 3                                 | 21/08/2020 09:40:51 REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR<br>Registro de Distribuição                                                                                                                                                                                            | SISTEMA CNJ                                      |
|                          | 2                                 | 21/08/2020 09:40:51 DISTRIBUÍDO POR SORTEIO<br>2ª Vara Cível                                                                                                                                                                                                                    | SISTEMA CNJ                                      |
| <input type="checkbox"/> | 1                                 | 21/08/2020 09:40:51 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL                                                                                                                                                                                                                               | ANDRÉ CARLOS ISRAEL<br>Advogado                  |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08212389820208230010

**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 **GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**, 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 **06/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/09/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

---

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### **DO 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

---

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

## 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 **06/09/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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 parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

---

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

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

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

---

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 1 de setembro de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



### TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                          |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                 |               |               |              |              |                |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 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 **GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08212389820208230010.

Rio de Janeiro, 1 de setembro 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, 24 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200262609**

**Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**

**Data do Acidente: 06/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

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

**Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200262609**

**Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**

**Data do Acidente: 06/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 09 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200262609

Vítima: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

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\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000052457-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

7 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 997.731.712-72 4 - Nome completo da vítima: Gessica de Souza Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 345/2017

5 - Nome completo: Gessica de Souza Rodrigues 6 - CPF: 997.731.712-72  
7 - Profissão: vendedora 8 - Endereço: TV. 5-42 9 - Número: 136 10 - Complemento:  
11 - Bairro: S. H. Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.000.000  
15 - E-mail: FLOERRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): (95) 98404-5368

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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 52457 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, assim que 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 acidente.

Se não for 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, cancelando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, a cobertura da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 194/74.

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

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 - Se a vítima tem filhos com a vítima: 26 - Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Se a vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Se a vítima deixou nascituro (s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Se a vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem em condições 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
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 - RR

Gessica de Souza Rodrigues  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## PMRR-CIPTUR

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº

809495

|                       |                      |                             |                  |                  |               |              |               |  |
|-----------------------|----------------------|-----------------------------|------------------|------------------|---------------|--------------|---------------|--|
| Vtr<br>CIPTUR 02      | SUCp<br>CIPTUR       | Data<br>06/09/18            | S/Setor<br>oeste | H/Transm<br>7:45 | H/Ini<br>7:45 | CH/H<br>7:55 | H/Fir<br>8:30 |  |
| Cód. Oc.<br>1001\1003 | Cód. Prov.<br>113999 | Cód. Ser. Prest.<br>XXXXXXX | Km/Ini<br>69525  | Km/Fir<br>69548  |               |              |               |  |

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

Rua Izidio Galdino da Silva \ Osvaldo Paes  
LOCAL Carolino

Senador Helio

Bairro: campos

Refs.: Cruzamento

## PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: Willians melo de Jesus Idade: 29 E. Civil: Solteiro  
Endereço: Rua Izidio Galdino da Silva nº 1649 senador Helio campos  
Edt. R.G' 251958 SSP\RR CNH 04500304548 Profissão: Taxista  
CPF 004.433.722-17 TEL XXXXXXXXXXXX

1 ENVOLVIDA Nome: Gessica de Souza Rodrigues Idade 27 E. Civil: Casada  
Endereço: RUA izidio Galdino da Silva nº 3108 senador Helio campos  
Edt. R.G 309916-4 CNH 005299188800 Profissão: Vendedora  
CPF 997.731.712-72 TEL XXXXXXXXXXXX



## VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1: Chevrolet \spin, cor: branca, placa: NUL-1617

DANOS: V1: LATERAL FRONTAL E FAROL DIREITOS

V2: HONDA FAN, COR: PRETA, PLACA: NÃO- 8894

V2: AVARIA LATERAL, LADO ESQUERDO.

## MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

Senhor (a) Delegado (a),

## HISTORICO

ACINADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO NO LOCAL ACIMA CITADO, AO CHEGARMOS AO LOCAL DO FATO, O ITEM 01 QUE CONDUZIA O VEICULO V1 INFORMOU QUE TRANSITAVA A RUA IZIDIO GALDINO DA SILVA ANTIGA N21 O ITEM 02 VINHA NO MESMO SENTIDO E CHEGANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA OSVALDO PAES CARDINO O ITEM 01 FOI ADENTRAR; NO MOMENTO QUE O ITEM 02 FOI FAZER A ULTRAPASSAGEM OCASIONANDO O SINISTRO. HOUVE DANOS MATERIAIS INFORMADOS ACIMA E DANOS FÍSICOS NA CONDUTORA DA MOTOCICLETA. OS ENVOLVIDOS NÃO QUISERAM ESPERAR A PERÍCIA E O SENHOR: SEBÁSTIÃO IZIDORIO DA SILVA FILHO, RG: 344.665-4 CPF: 014.124.712-65 ( esposo da condutora da motocicleta) ESTEVE NO LOCAL E RESPOSABILIZOU-SE EM ARCAR COM OS PREJUÍZOS MATERIAIS DO ITEM 02 E O SENHOR: MAURICIO FERREIRA DA SILVA, CNH: 04226317071 FICOU RESPONSÁVEL PELA MOTOCICLETA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

S: CRUZ

41.072-1

CADASTRO

3ºSGT QPCPM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp





# 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: 04/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000052457-6

---

Nr. da Autenticação EFCA675BEFE1FA43



**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: 5263295

**ILOIR INACIO DE SOUZA**

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

|                         |                         |                                             |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020          | PERÍODO DE CONSUMO<br>25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh)<br>653    | VENCIMENTO<br>11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71                 |

**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<br>1089170 | MÊS<br>05/2020 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC IDENTIDADE (RG) EMISSOR: 114807 SSP RR

CPF: 303.051.512-04 DATA NASCIMENTO: 07/04/1978

Função: JOSE SOUZA DE ASSUNICAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO: [ ] ACC: [ ] CAT: [ ] AS

RP REGISTRO: 01101912304 VALIDEZ: 28/01/2020 1ª HABILITAÇÃO: 15/12/1999

OBSERVAÇÕES

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSÃO: 30/01/2015

92485240616 99207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

750009.000000001081.917005200055



VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

REBOLDO PLASTIFICAR

980151096



**HGR**  
Hospital Group  
and Resources

JKU



ORIENTAÇÃO DR. MARCUS

VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILAR  
Q TUBO DE 50 - PDD R(10).  
Rt q ft for por. tpr.

CD: FMC + Gitter  
Requisição em 2 dias.

CD: APTX na ORIENTAÇÃO

Referente ao TUBO de 50  
Após TUBO de 50 e CSE ASSERÇÃO

Dr. Marcus Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1817/RR

| PREFEITURA BOA VISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1428         | 192                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| UNIDADE: <b>Bravo I</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | EQUIPE: <b>ter. Simões</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | <b>Parad. Luis</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Paciente: <b>JESSICA DE SOUZA RODRIGUES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | Idade: <b>27</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          | Sexo: <b>FEM.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Nacionalidade: <b>BRASILEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          | Bairro: <b>SENADOR HELIO CAMPOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Endereço: <b>N. 21 C/ 5.16</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 16685         | DATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 06/09/18 | HORA J/9:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 8:13         | BASE VIA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |
| Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dr. PAULO     | HORA J/10:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8:25     | XICELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| MOTIVO DO ACIONAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| ACIONAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NA BASE <input type="checkbox"/> OUTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| AUTOMÓVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | AUTOMÓVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | VIOLENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              | OUTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Colisão AUTO x<br><input type="checkbox"/> Motorista<br><input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro<br><input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro<br><input type="checkbox"/> PEDESTRE<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> CICLOVIA <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA<br><input type="checkbox"/> FAIXA DE PEDESTRE |               | <input type="checkbox"/> Uso do cinto<br><input type="checkbox"/> Vitima projetada<br><input type="checkbox"/> Vitima encarcerada<br><input type="checkbox"/> Air Bag Acionado<br><input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA / BICICLETA<br><input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X CARRO<br><input type="checkbox"/> Colisão Bicicleta X<br><input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta<br><input type="checkbox"/> Com capacete<br><input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete<br><input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa |          | <input type="checkbox"/> FAB<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Espancamento<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro:                                                                     |              | <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajetos<br><input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstico<br><input type="checkbox"/> Queimadura Agente<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Agressão p/ animal<br><input type="checkbox"/> Outros: |                                                                                                                                                                                                                          |
| AVALIAÇÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| VIAS AÉREAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | VENTILAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | CIRCULAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | AVAL. NEUROLÓGICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre<br><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial<br><input type="checkbox"/> Obstrução Total<br><input type="checkbox"/> Corpo estranho<br><input type="checkbox"/> Edema da Glote<br><input type="checkbox"/> Outro                                                                                                                                                                                                                                                  |               | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico<br><input type="checkbox"/> Apnéia<br><input type="checkbox"/> Dispneia<br><input type="checkbox"/> Bradpneia<br><input type="checkbox"/> Taquipneia<br><input type="checkbox"/> Roncos<br><input type="checkbox"/> Sibilos<br><input checked="" type="checkbox"/> Respiração paradoxal                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico<br><input type="checkbox"/> Bradicárdico<br><input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Cianose central<br><input type="checkbox"/> Cianose de extremidade |              | <input type="checkbox"/> Miose<br><input type="checkbox"/> Midriase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E<br><input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado<br><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros (A)                                                         |                                                                                                                                                                                                                          |
| SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | P.A mm/hg     | F.C Bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | F.R Mpm  | Sat O <sub>2</sub> %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | T. Axilar °C | Glicemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          |
| Início                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8:45 110 x 70 | 83                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 26       | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Fim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 9:05 110 x 80 | 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 22       | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| AVALIAÇÃO SECUNDARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Pele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | Cabeça                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | Tórax                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | Abdome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Corada<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Umida<br><input type="checkbox"/> Seca<br><input type="checkbox"/> Cianótica                                                                                                                                                                                                                                                   |               | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Laceração<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input type="checkbox"/> Fer. penetrante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          | <input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa<br><input type="checkbox"/> Empalamento                                                                                                                                 |              | <input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Distendido<br><input type="checkbox"/> Em tabua<br><input type="checkbox"/> Doloroso<br><input type="checkbox"/> Evisceração                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                          |
| Pelve                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | Coluna Dorsal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | OCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              | VERBAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Instabilidade<br><input type="checkbox"/> Crepitação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Crepitação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input checked="" type="checkbox"/> Lacerações<br><input checked="" type="checkbox"/> Fratura EXPOSTA<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Crepitação<br><input checked="" type="checkbox"/> ALUNHA DEDO                |              | <input type="checkbox"/> Espontânea<br><input type="checkbox"/> Ao comando<br><input type="checkbox"/> A dor<br><input type="checkbox"/> Sem resposta                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Orientado<br><input type="checkbox"/> Confuso<br><input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas<br><input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis<br><input type="checkbox"/> Sem resposta |
| MMS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | MMII                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | MOTORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              | TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Crepitação                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | <input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input checked="" type="checkbox"/> Lacerações<br><input checked="" type="checkbox"/> Fratura EXPOSTA<br><input type="checkbox"/> Amputação<br><input type="checkbox"/> Crepitação<br><input checked="" type="checkbox"/> ALUNHA DEDO                                                                                                                                                                                                                                                                    |          | <input type="checkbox"/> Obedece a comandos<br><input type="checkbox"/> Localiza a dor<br><input type="checkbox"/> Movimento da retirada<br><input type="checkbox"/> Flexão normal<br><input type="checkbox"/> Extensão normal<br><input type="checkbox"/> Sem resposta                                                                                                |              | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                          |
| HISTÓRIA PEGRESSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| AVALIAÇÃO CARDIACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | AFECÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | Diabetes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              | Alergias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Flutuer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | <input type="checkbox"/> Respiratória<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Cardiovascular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          | <input type="checkbox"/> Cardiopatia<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input type="checkbox"/> Medicação de uso:                                                                                                                                                                                                                                                     |              | <input type="checkbox"/> Outras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| GRAVIDADE PRESUMIDA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> ÓBITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| Obs:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| INCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | Policia Militar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          | Guarda Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              | SMTRAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento<br><input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO<br><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização<br><input type="checkbox"/> Trote<br><input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                                                                                                                                                                                                                |               | <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          | <input type="checkbox"/> Bombeiros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |
| RCP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | Iniciada as:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          | Término as:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> RCP com sucesso<br><input type="checkbox"/> RCP sem sucesso<br><input type="checkbox"/> Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | <input type="checkbox"/> RCP com sucesso<br><input type="checkbox"/> RCP sem sucesso<br><input type="checkbox"/> Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          | <input type="checkbox"/> RCP com sucesso<br><input type="checkbox"/> RCP sem sucesso<br><input type="checkbox"/> Obs.:                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                          |

SAV 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL  
Em 26/10/18  
Stephanie

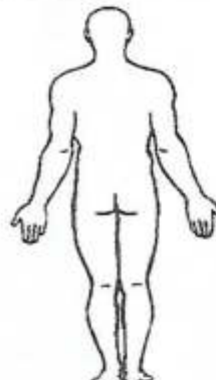
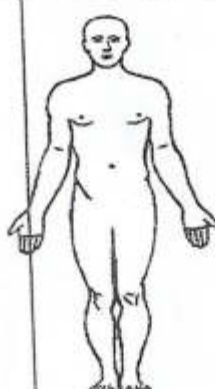
Edar Rodolfo de Almeida e Carimbo Médico (Unidade de Destino)  
Cirurgia Geral  
CRM 1275



|                    |                                                       |                                                     |                                                      |
|--------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| DESTINO            | <input type="checkbox"/> Atendido no local            | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS  | <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR |
|                    | <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR        | <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA | <input type="checkbox"/> Hosp. Lote Iris - HLI       |
|                    | <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR     | <input type="checkbox"/> HMINSN                     | <input type="checkbox"/> Outros                      |
|                    | <input type="checkbox"/> Coronel Mota                 |                                                     |                                                      |
| <b>GESTANTE</b>    |                                                       |                                                     |                                                      |
| Idade Gestacional: | <input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes  | <input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva     |                                                      |
| Perda de líquido:  | <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.    | <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante     |                                                      |
| ECF:               | <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s | <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante     |                                                      |
|                    |                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto          |                                                      |

|                    |                                                                                                                                                                        |           |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PONTOS DO PACIENTE | Descrição:                                                                                                                                                             |           |
|                    | Nome do Receptor:                                                                                                                                                      |           |
|                    | Função do Receptor:                                                                                                                                                    |           |
|                    | Assinatura do Receptor:                                                                                                                                                |           |
| TERMO DE RECUSA    | <input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: |           |
|                    | Assinatura do Paciente:                                                                                                                                                | RG: _____ |
|                    | TESTEMUNHA 01: _____                                                                                                                                                   | RG: _____ |
|                    | TESTEMUNHA 02: _____                                                                                                                                                   | RG: _____ |

| MATERIAL E MEDICAÇÃO |  |
|----------------------|--|
|                      |  |
|                      |  |
|                      |  |
|                      |  |



VITIMA DE TRAUMA, CARRO X MOTO, VITIMA CONDUTORA MOTO, ENXARCADA SENTADA SEM CAPACETE, BOA RESPOSTA VERBAL E MOTORA, VITIMA GESTANTE 1º 4 MESES, C/O ICES NA LOMBAR LADO DIREITO, FRATURA EXPOSTA EM M.I.D. VITO DEDO COM LACERAÇÃO DO DITANQUEAR. A VITIMA APRESENTOU DOIS EPISÓDIOS DE DESMAIO, REALIZANDO IMOBILIZAÇÃO CURATIVO EM M.I.D. A.V.P. EM M. C.O. COM SORO FISIOLÓGICO, VITIMA CONDUZIDA AO Q.T. C.O.

26.10.18

Stephanie

LINDOMAR SIMÕES  
Téc. em Enfermagem  
CORENRR 739.600 TE

ASSINATURA E CARIMBO

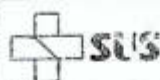






# BLOCO D

Alta 49109



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDÔ PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

CECILIA DE SOUZA RODRIGUES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

64809

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7004802093063042

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/12/90

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Amélia de Souza Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando fratura do 5º MTT do  
PE direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

EXAME FÍSICO + RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura 5º MTT + INFECÇÃO PE D

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

urgente

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno Figueiredo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

14/9/18

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

Dr. Marcelo  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

0303080078  
1080

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

14/9/18





AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

IE# 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

## BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

|                         |                         |                                             |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020          | PERÍODO DE CONSUMO<br>25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh)<br>653    | VENCIMENTO<br>11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71                 |

### 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 |
| 1089170      | 05/2020 | R\$ 554,71    |

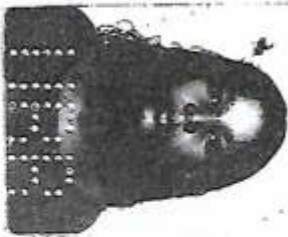
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                        |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                                                             |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                                                                              |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
| VALIDE EM TODOS<br>O TERRITÓRIOS NACIONAIS<br><br>K-11<br><br>890151096                                       | <b>NOME</b><br>ILOIR INACIO DE SOUZA                                                                                                      |                                                                                             |                                      |
|                                                                                                               |                                                        | DOC. IDENTIDADE (RG, PASSAPORTE)<br>114807 SSP RJ                                           |                                      |
|                                                                                                               |                                                                                                                                           | CNPJ<br>393.051.513-04                                                                      | DAT/NASCIMENTO<br>07/04/1978         |
|                                                                                                               | <b>FILIAÇÃO</b><br>JOSE SOUZA DE ASSUNCAO                                                                                                 |                                                                                             |                                      |
|                                                                                                               | <b>COGNOME</b><br>INACIO DE OLIVEIRA                                                                                                      |                                                                                             |                                      |
|                                                                                                               | PENSAÇÃO<br>                                           | ACC.<br> | CAT/JWB<br>AB                        |
|                                                                                                               | Nº REGISTRO<br>01101912304                                                                                                                | VALIDADE<br>30/01/2020                                                                      | 1ª HABILITAÇÃO<br>15/12/1999         |
| <b>REMARKS</b>                                                                                                |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
| <br>Assinatura do Portador |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |
| RECIBIDO PLASTIFICAR<br><br>890151096                                                                         | <b>LOCAL</b><br>BOA VISTA - RORAIMA                                                                                                       |                                                                                             | <b>DATA DE EMISSÃO</b><br>30/01/2015 |
|                                                                                                               | <br>JUSCELINO KUBITSCHKE PEREIRA<br>DIRETOR PRESIDENTE |                                                                                             | 92485240616<br>RJR207968820          |
|                                                                                                               | Assinatura do Insisor                                                                                                                     |                                                                                             |                                      |
| SECRETARIA DE TRANSPORTES (RORAIMA)                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                             |                                      |

750009.000000001081.917005200055



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE RORAIMA



*Gessica de Souza Rodrigues*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 309916-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/2003

NOME GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

FILIAÇÃO  
JOÃO FLAUSINO RODRIGUES  
ANELIA DE SOUZA RODRIGUES

NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 25/12/1990

DOC ORIGEM  
CERTD NASC 1351 FLS 38V LIV A-2  
CIV. DE SÃO LUIZ - RR

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Recita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
997.731.712-72

Nome  
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

Nascimento  
25/12/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

|                                              |                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Número do sinistro:                          | 3200262609                          |
| Nome do(a) Examinado(a):                     | GESSICA DE SOUZA RODRIGUES          |
| Endereço do(a) Examinado(a):                 | TV S 42 , 136, SENADOR HÉLIO CAMPOS |
| Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: | 997.731.712-72                      |
| Data e local do acidente:                    | 06/09/2018 - CAROLINO RR            |
| Data e local do exame:                       | BOA VISTA/RR, 30/07/2020            |

**Resultado da Avaliação Médica**

**I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE LESÃO EM ARTELHO DO PÉ DIREITO

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA FEZ AMPUTAÇÃO DO 5 PODOTÁCTILO D - NÃO RECORDA ALTA

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

PÉ D: CICATRIZ CIRURGICA E AUSENCIA DO 5 PODACTILO D - MOVIMENTOS DOS DEMAIS ARTELHOS SEM ALTERAÇÕES.

**IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.**

PERDA DE 100% DO 5 ARTELHO D

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em\_dias.

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

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela):** 5 PODODACTILO DIREITO

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**

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

**Região Corporal (Sequela):**



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

VIII) .\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GESSICA DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO

**Descrição do exame físico:** APRESENTA 5º PODODÁCTILO DIREITO AMPUTADO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AMPUTAÇÃO DO 5º ARTELHO DIREITO. ESTÁ DE TAL MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/07/2020

**Conduta mantida:**

**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 |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %                                         | Em grau completo - 100 %                             | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Total                                                               |                                              |                                                      | 10 %      | R\$ 1.350,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200262609 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GESSICA DE SOUZA RODRIGUES **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 27/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO. ALTA.  
P 1/2\*/5/6

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 pés | 50 %                                         | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total                                  |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Gessica de Souza Rodrigues

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 309916-4 SSP-RR

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

OUTORGADO

NOME: Glair Inácio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP-RR

ENDEREÇO: Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 06/09/2018 cobertura Invalidez, vítima:

Gessica de Souza Rodrigues

x Gessica de Souza Rodrigues

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 21 DE Julho /2020

  
**CARTÓRIO LOUREIRO**  
DR. JOZIEL LOUREIRO  
TABELÃO E REGISTRADOR  
Al. Vitor Roy nº 9636 - Centro - Boa Vista/RR - Tel: (93) 3024-6977 - atendimento@cartorioceloureiro.com.br

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)  
[chdnt5w0]-GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

PS Em testemunho em da verdade Boa Vista, 21/07/2020  
Emol: 2,56, FUNDEJURV: 0,26 FISC: 0,13 FECON: 0,13 ISS: 0,13 Vlr Selo: 1,50  
Selo: REC FIR 1583450505GN28YU9W9W03 N° Ticket: 00189  
Consulte seu s lo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>  
CPF Solicitante: 99773171272

*Marjory C.C. Esbell Briglia*  
Escrevente Autorizada  
Cartório Loureiro



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206494/20

**Vítima:** GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

**CPF:** 997.731.712-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/09/2018

**Titular do CPF:** GESSICA DE SOUZA  
RODRIGUES

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### GESSICA DE SOUZA RODRIGUES : 997.731.712-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020  
Nome: GESSICA DE SOUZA RODRIGUES  
CPF: 997.731.712-72

\_\_\_\_\_  
GESSICA DE SOUZA RODRIGUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020  
Nome: ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA  
CPF: 432.858.722-68

\_\_\_\_\_  
ANDRÉIA PANTALEÃO DE ALMEIDA