



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

Processo 0821759-43.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de 26/08/2020 **Situação:** Público

Classe 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 26/08/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente

Nome: WILDSOM EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 547.662.062-15

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1950NRR EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE

1832NRR MARLON TAVARES DANTAS

1743NRR ELINEIVA COSTA SILVA

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

26/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 26/08/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: MARLON TAVARES DANTAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Declaração de residencia
- Declaração de Hipossuficiência
- Declaração de trabalhador autônomo
- Carteira de trabalho
- Boletim de ocorrência
- Guia de atendimento SAMU
- Doc. médicos
- Raio-X
- Comprovante de sinistro



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA.... VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA-RR.**



WILDSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, portador da cédula de identidade nº 3874893 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 547.662.062-15, residente e domiciliado nesta cidade na Rua Rosa O. de Araujo, nº 2119, Bairro: Santa luzia, CEP: 69.317-103, com o seguinte telefone (95) 99111-5759, por seu advogado ***in fine*** assinado (procuração anexa), vêm perante a ilustre presença de Vossa Excelência, propor a presente

*Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 – A, Bairro: Liberdade, Boa Vista/RR, (95) 99171-7145/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com*





ACÃO DE COBRANÇA

Em face da empresa **LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608/0001-04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, Tel. (21) 3861-4600), tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

O requerente não tem condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do seu sustento e de sua família. Nesse sentido, junta-se declaração de hipossuficiência.

Por tais razões, pleiteiam-se os benefícios da Justiça Gratuita, assegurados pela Constituição Federal, artigo 5º, LXXIV da CF/88 e pela Lei 13.105/2015, artigo 98 e seguintes do CPC.

DOS FATOS

O reclamante foi vítima de acidente automobilístico na data de **21 de janeiro de 2020**, na cidade de Boa Vista-RR, conforme (**boletim de ocorrência, ROP e prontuário médico**), em anexo cópias.

Na ocasião, o autor sofreu **fratura de radio esquerdo**. Deixando o autor com sequelas e debilidade permanente do membro, conforme documentos em anexo.

Por fazer jus ao seguro **DPVAT**, o Requerente postulou administrativamente o recebimento do DPVAT por invalidez permanente junto à seguradora **LIDER DOS CONSÓRCIOS** a fim de receber os valores pertinentes ao seu acidente.

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, em **07/07/2020**, efetuou o pagamento de apenas **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, ou seja, menor que o devido por lei, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (**carta**), em anexo cópia.



São os fatos resumidamente.

DO DIREITO

DO VALOR DEVIDO

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, *verbis*:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

- a) (revogada);
- b) (revogada);
- c) (revogada);

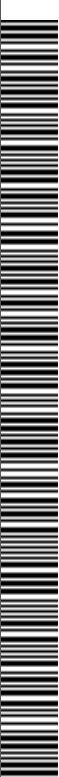
I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:





AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator(a):** Nelson Schaefer Martins; **Julgamento:** 20/04/2010; **Órgão Julgador:** Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação:** Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

Notório a responsabilidade do complemento do saldo a que o Autor tem direito, porque a seguradora deixou de observar preceito legal específico que lhe obrigava ao pagamento integral de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**. Desta forma vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor à diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

DA INVALIDEZ

Importante frisar que a lei determina a indenização por invalidez no valor máximo, sendo que para isso necessário o laudo pericial, que não necessita a aferição do grau de INVALIDEZ, uma vez que acostado laudo do IML, conforme súmula da Turma Recursal dos Juizados Especiais de Manaus:

E M E N T A: CONSUMIDOR - CIVIL - SEGURO DPVAT - PRELIMINARES AFASTADAS - PAGAMENTO PARCIAL NÃO OBSTA PROPOSITURA DE AÇÃO PARA RECEBIMENTO DA DIFERENÇA - DESNECESSIDADE DE APRECIAÇÃO DO GRAU DE DEBILIDADE - PREVALÊNCIA DE LEI EM FACE DE DISPOSITIVO INFRALEGAL - INDENIZAÇÃO FIXADA NA LEI 6.194/74 - RECURSO IMPROVIDO - SENTENÇA MANTIDA.(2ª. Turma Recursal de Manaus).

DA LITIGÂNCIA DE MÁ FÉ

O requerente vem á presença de Vossa Excelência requerer aplicação da litigância de má fé a parte do requerido vez que deixou de cumprir preceito legal



regulamentado por lei específica que regula o seguro obrigatório DPVAT, para os casos de **MORTE, INVALIDEZ e DAMS**, as vítimas de acidente de trânsito no Brasil.

Art. 79 NCPC.

Responde por perdas e danos aquele que litigar de má fé como autor, réu ou interveniente.

Art. 80 NCPC.

Considera-se litigante de má fé aquele que:

I - deduzir pretensão ou defesa contra texto expresso de lei ou fato incontrovertido;

II - alterar a verdade dos fatos;

III - usar do processo para conseguir objetivo ilegal;

VI - provocar incidente manifestadamente infundado;

VII- interpuser recurso com o intuito manifestadamente protelatório.

Art. 81 NCPC.

De ofício ou a requerimento, o juiz condenará o litigante de má fé a pagar multa, que deverá ser superior a um por cento e inferior a dez por cento do valor corrigido da causa, a indenizar a parte contrária pelos prejuízos que esta sofreu e a arcar com os honorários advocatícios e com todas as despesas que efetuou.

Excelência, a seguradora ré além de descumprir a lei 6.194/1974, quando não realiza pagamentos de acordo com a tabela inserida ao corpo desta lei, deixando assim de observar deveres e obrigações expressos.

Não restando duvidas que o requerido, prefere litigar de má fé ao deixar de cumprir e observar tabela que garante indenização as vítimas de acidente de trânsito no caso específico o autor por comprovada sequela de **INVALIDEZ**, por acidente automobilístico, restara provada a diferença não indenizada pela Seguradora ré, após pericia realizada por determinação deste juízo.





★ ADVOCACIA & ASSESSORIA ★

DO DANO MORAL

Em decorrência deste fato, o Requerente suportou situação constrangedora, angustiante, tendo sua moral e alto estima abalada fase ao **DESCUMPRIMENTO** da seguradora quanto á indenização pelas sequelas deixadas em decorrência do grave acidente, com seus reflexos prejudiciais, sendo suficiente a ensejar danos morais, por tratasse de um direito do autor.

Certo é que, conforme ressaltado alhures, até o presente momento, o requerente apenas tem esperança e confiança no judiciário para ver seu direito respeitado e reparado com a devida correção, após compelir a seguradora a cumprir a legislação pertinente ao caso concreto.

A Requerida agiu com manifesta negligencia e evidente descaso, vez que não **PAGOU** indenização devida utilizando-se de seu poder de controle e monopólio administrativo do seguro DPVAT, em todo território nacional.

Sua conduta, sem dúvida causou danos á beneficiária por entender e observar que a tabela que determina e limita indenizações para os casos de **INVALIDEZ**, não foi respeitada pela ré seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, bem diferente de seu **SLOGAN**, amplamente divulgada em mídia nacional.

SEGURÓ “**DPVAT**”, rápido e simples.....

Como ninguém tem o direito o direito de causar sofrimento a outrem, impunemente, a dor representada pelos transtornos, humilhações e constrangimentos podem ser perfeitamente enfeixados como danos morais, que, **por sua vez não podem deixar de ter uma reparação jurídica**.

A função de reparabilidade do dano moral restou consagrada na CRFB em seu artigo 5º, incisos V e X.

Com efeitos, dispõem os artigos 186 e 927 do atual Diploma Civil, que:



Artigo 186 do CC/02: **Aquele que por** ação ou omissão voluntária, negligenciar ou imprudência, violar direito ou **causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.**

Artigo 927 do CC/02: Aquele que, por ato ilícito (arts 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Como se não bastasse à legislação mencionar em linhas pretéritas, o CDC em seu art. 14 dispôs que nas relações de consumo é dever dos fornecedores de serviços/produtos responder objetivamente pelos danos causados pela disponibilização defeituosa de seus serviços.

Inegável é que a parte requerida, efetivamente realizou conduta lesiva contra a parte autora. Desse modo, estes dispositivos volvidos asseguram cristalinamente o direito da preservação da dignidade humana, da intimidade, da intangibilidade dos direitos da personalidade.

Assim, a reparação, nesses casos, reside no pagamento de uma soma pecuniária, que possibilite ao lesionador uma penalização e consequentemente compense os dissabores sofridos pela vítima e repare sua dor íntima, em virtude da **ação ilícita** do lesionador.

O STF, tem proclamado que: `` a indenização, a título de dano moral, não exige comprovação de prejuízo`` (RT 614/236), por ser este uma consequência irrecusável do fato e um ``direito subjetivo da pessoa ofendida`` (RT 124/299).

DO PEDIDO

Isso posto, requer-se à Vossa Excelência:

- a) Seja concedido ao requerente, o benefício da Justiça Gratuita, nos termos em que foi requerida, eis que a mesma é pessoa pobre e não possui condições financeiras de arcar com as despesas processuais e os honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento;



- b) A citação da reclamada para, se quiser, responder aos termos da presente sob a pena de revelia, contudo, **DISPENSA A DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º, CPC;
- c) Seja a Ré CONDENADA a custear os honorários do perito a ser indicado por Vossa Excelência para aferir o grau de sequela do Requerente;
- d) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios de sucumbência;
- e) Seja a requerida condenada a litigância de má fé por descumprimento de preceito legal e expresso em legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro;
- f) Seja a requerida condenada a pagar **R\$ 3.000,00 (três mil reais)**, a título de indenização pelos danos morais sofridos injustamente.
- g) Requer-se, por derradeiro, que a expedição do alvará de levantamento seja feita em nome deste causídico;
- h) Seja julgado PROCEDENTE este pleito, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 12.656,25 (doze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**, acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação em razão do pagamento a menor do DPVAT;

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 15.656,25 (Quinze mil seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos)**.

Termos em que,

P. E. Deferimento.



Boa Vista/RR, 26 de agosto de 2020.

(Assinado Eletronicamente)
MARLON TAVARES DANTAS
OAB/RR 1832



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

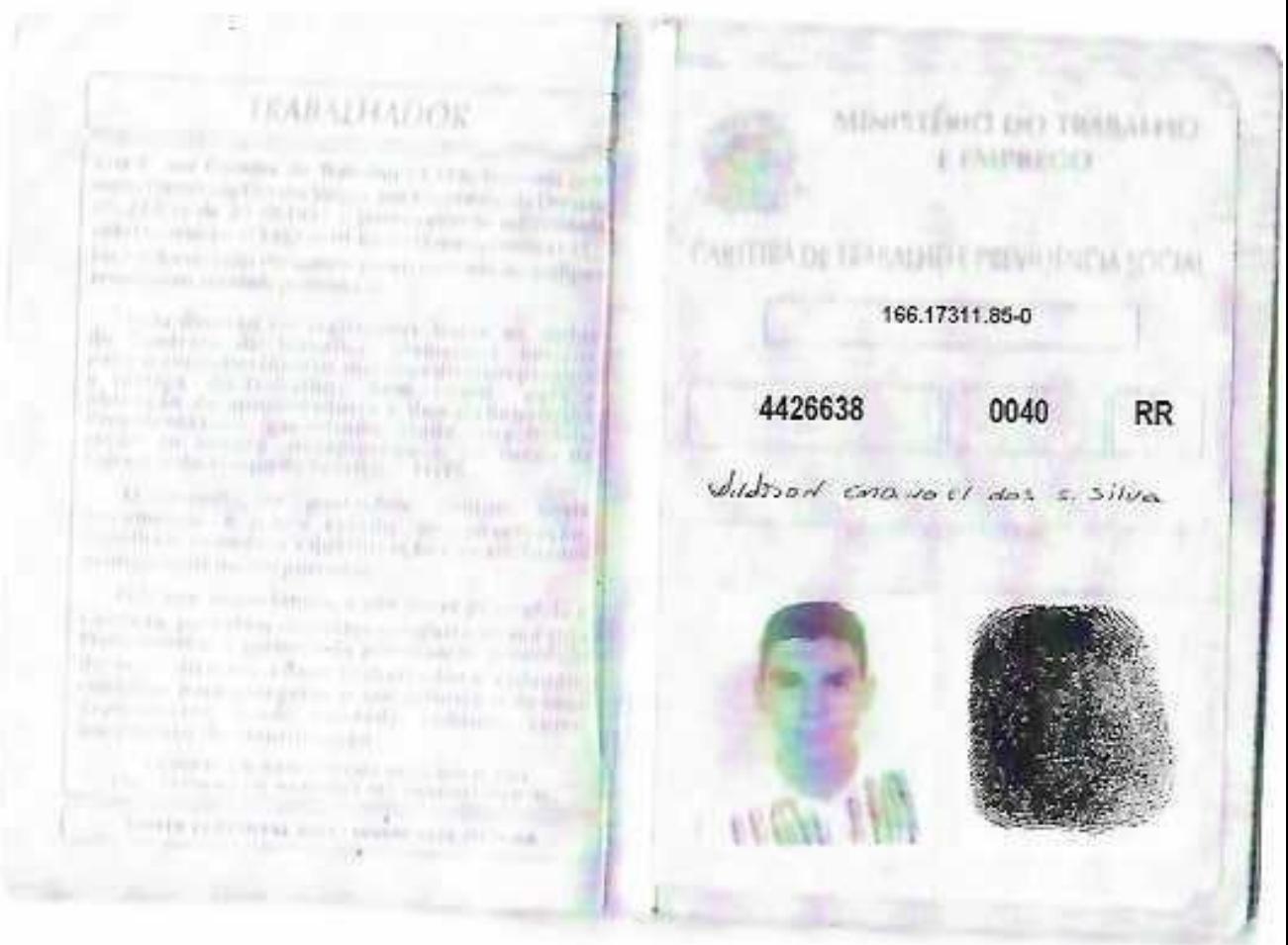
Outorgante: WILDSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima situ à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103. Tel: (95) 9911-5759 E-mail: juridicosememail@gmail.com.

Outorgado: Dr. MARLON TAVARES DANTAS, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR 1832, OAB/PA 27.108-A, OAB/AM A1261, Dra. ELINEIVA COSTA SILVA, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1743, Dra. EDLANE LEÃO DE ALBUQUERQUE, Brasileira, Solteira, Advogada OAB/RR 1950, ambos com o endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) -99171-7145 / 99117-5392 (escritório), (95) -99129-6312 / 98108-7779 (pessoal), onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicia”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial, pedir Justiça Gratuita, assinar declaração de hipossuficiência econômica e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários. Da **Gratuidade da Justiça**, em conformidade com a norma do artigo 105 da lei 13.105/2015.

BOA VISTA/RR, 26/08/2020


WILDSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893-SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima situ à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Lúzia CEP: 69.317-103.

Por ser expressão da verdade, firmo o^o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR. 26 / 08 / 2020


WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, Brasileiro, solteiro, autônomo, portadora do RG nº 3874893 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 547.662.062-15, residente e domiciliado, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima situado à Rua Rosa O. de Araújo nº 2119, Bairro: Santa Luzia CEP: 69.317-103.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

BOA VISTARR,

26/08/2020


WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA, CPF nº 547.662.062-15

Residente e domiciliado à rua Rua Olímpia de Araújo, nº 2119, bairro

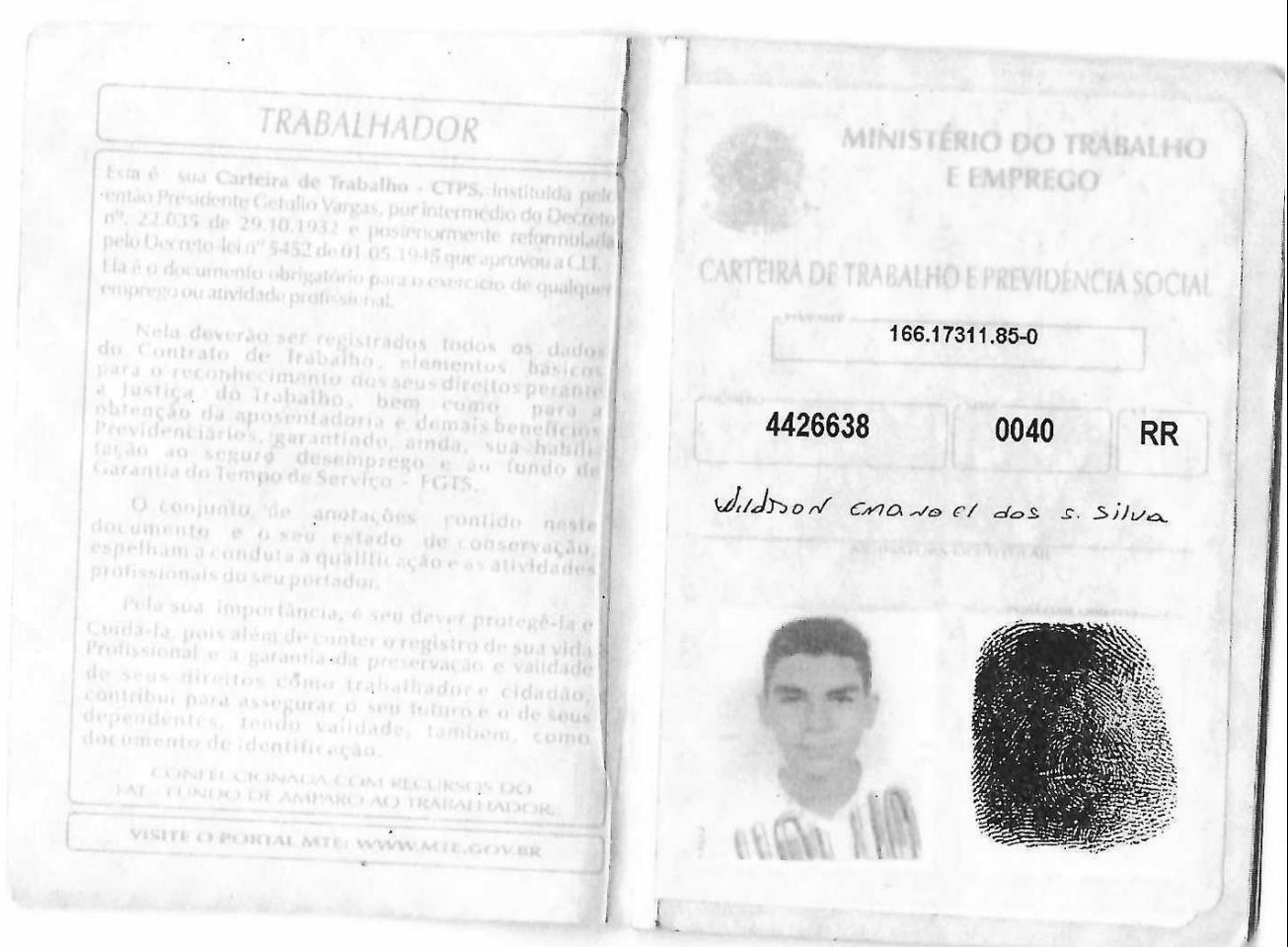
Santa Lúcia, na cidade de BOA VISTA RR, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de Comercio Geral recebendo uma renda mensal em média de R\$ 998,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

BOA VISTA-RR, 26 de Agosto de 2020

Emmanuel
WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA

26/08/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Carteira de trabalho



ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
Assinatura e Caráter do Serviço	
NOME	
DOCUMENTO	
Assinatura e Caráter do Serviço	
NOME	
DOCUMENTO	
Assinatura e Caráter do Serviço	
LEGENDA	
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO	
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - VIDA NÔMA VOLUNTÁRIA	

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO
REGISTRADO EM	SOB. N°	LIVRO N°	
PLS.	PROC. N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		ANEXO DE CARTEIRA DE TRABALHO

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR			
ANOTAÇÃO DA DATA DA ANTERIOR CARTA DE EMPREGO			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR			
ANOTAÇÃO DA DATA DA ANTERIOR CARTA DE EMPREGO			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR			
ANOTAÇÃO DA DATA DA ANTERIOR CARTA DE EMPREGO			
NUMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANTERIOR			
ANOTAÇÃO DA DATA DA ANTERIOR CARTA DE EMPREGO			

06

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CCC/OP/CEI			
ENDEREÇO			
MUNICÍPIO			UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO DE REGISTRO N°			
RS. / RCHA			
REANUNCIARÃO ESPECIFICADA			
1º		2º	
DATA DE SAÍDA DE			
RS. / RCHA			
1º		2º	
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA			

07



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CNPJ.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO N°.....

RS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1º.....

2º.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1º.....

2º.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CNPJ.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO N°.....

RS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1º.....

2º.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1º.....

2º.....

CLM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CNPJ.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO N°.....

RS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1º.....

2º.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1º.....

2º.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CNPJ.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

UF.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO N°.....

RS./FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1º.....

2º.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1º.....

2º.....

COM. DISPENSA CD N°.....

FGTS N° DA CONTA.....

11



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDERECO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N°	RS. / RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P ¹ 2 ²	
DATA DE SAÍDA	DE
P ¹ 2 ²	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

12

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDERECO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N°	RS. / RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P ¹ 2 ²	
DATA DE SAÍDA	DE
P ¹ 2 ²	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

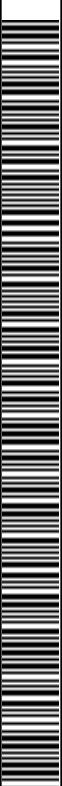
13

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDERECO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N°	RS. / RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P ¹ 2 ²	
DATA DE SAÍDA	DE
P ¹ 2 ²	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

14

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CNPJ/CEI	
ENDERECO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
CBO N°	
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO N°	RS. / RICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
P ¹ 2 ²	
DATA DE SAÍDA	DE
P ¹ 2 ²	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

15





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 12:40 Data/Hora Fim: 22/01/2020 13:23
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 3669 Data: 21/01/2020
Delegado de Policia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/01/2020 11:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Francisco

Logradouro: RUA GAL PENHA BRASIL COM RUA DR ARNALDO BRANDÃO

Tipo do Local: Via Pública

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

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 03/11/1997	Idade: 22 anos
Naturalidade: RR - Pacaraima	Profissão: Não Informado		
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Aucilene dos Santos Silva	Nome do Pai: Elves Keby Salviano da Silva		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 547.662.062-15

RG - Carteira de Identidade: 3874893

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ROSA DE OLIVEIRA ARAUJO

Nº: 2119

Bairro: SANTA LUZIA

Nome Civil: ESTELLA MARIS DA SILVA FERNANDES PRADO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 10/10/1956	Idade: 63 anos
Naturalidade: MS - Ponta Porã	Profissão: Técnico em Enfermagem		
Estado Civil: Viúvo(a)			
Nome da Mãe: Geraldina da Silva Fernandes			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 480.188.801-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Da Iua

Nº: 55





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

Bairro: Cidade Satélite

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público Representante: 2sg Darleudo Gomes da Silva

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	480.188.801-15	Placa	NAN6251
Renavam	01034683109	Número do Motor	310A10112222954
Número do Chassi	8AP196271F4111116	Ano/Modelo Fabricação	2015/2014
Número da Carroceria	85665008	Cor	PRATA
UF Veículo	Roraima	Município Veículo	Boa Vista
Marca/Modelo	I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0	Modelo	I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido	Última Atualização Denatran	12/01/2015
Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA		

Nome Envolvido	Envolvimentos
Estella Maris da Silva Fernandes Prado	Proprietário
Grupo	Subgrupo
CPF/CNPJ do Proprietário	Motocicleta/Motoneta
Renavam	Placa
Número do Chassi	NAO7739
Cor	Número do Motor
Município Veículo	KD05E5C500455
Modelo	Ano/Modelo Fabricação
Quantidade	2012/2011
Última Atualização Denatran	UF Veículo
	Roraima
	Marca/Modelo
	HONDA/NXR150 BROS ES
	Veículo Adulterado?
	Não
	Situação
	Envolvido
	Situação do Veículo
	REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Wildson Emanoel dos Santos Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM 3669-CIPTUR A EQUIPE FOI ACIONADA, VIA CIOPS, PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO LOCAL SUPRACITADO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA CONDUZIA SEU VEÍCULO HONDA BROS PLACA NAO7739, SENTIDO BAIRRO CENTRO, QUANDO FOI ABALROADO PELO VEÍCULO CONDUZIDO PELA SRA. ESTELLA MARIS; QUE AMBOS OS VEÍCULOS SOFRERAM DANOS MATERIAIS; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA SOFREU LESÕES CORPORais SOFRENDO FRATURA NO PUNHO; QUE WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO PRONTO SOCORRO ESTADUAL; QUE DEMAIS INFORMAÇÕES NO ROP ANEXO, É O RELATO.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003201/2020

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Wildson Emanoel dos Santos Silva
(Vítima)



*Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) responsável pelas informações acima assentadas e penso que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou 386-Contravenção do Código Penal Brasileiro."

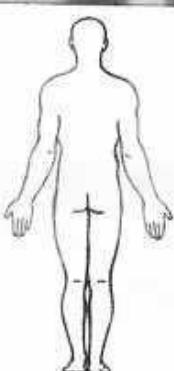
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5TH FTUZR X5WP9 C4VJY



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Rosana Jucara Vilaca Moreira
Data de Impressão: 04/02/2020 11:22

Página 3 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

 PREFEITURA BOA VISTA	FICHA DE ATENDIMENTO BRAVO III		Nº 0112					
	UNIDADE	EQUIPE	Nome: <i>Neuza e Difesa</i>					
Paciente:	<i>Neuza Emanuel dos Santos Silveira</i>		Idade:	<i>22</i>	Sexo: <i>M</i>			
Nacionalidade:	<i>Brasileira</i>		Raça:	<input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia				
Endereço:	<i>Av. General Rondon Brasil</i>		Bairro:	<i>Centro</i>				
Nº	DATA	01/08/2020	HORA J/9:	05:00	BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA () <input type="checkbox"/> RÁDIO			
Médico (a) Regulador (a):	<i>Dr. Fabiana</i>		HORA J/10:	<i>11:02</i>	() CELULAR			
MOTIVO INICIAL:	<i>Acidente moto c/carro</i>							
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 5 horas <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"/>								
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA								
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / esfaqueamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA				
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Conduzir <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança			
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA				
<input type="checkbox"/> Sem Vida <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria  <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora				
SINAIS VITais E ESCORES								
Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	<i>120 x 80</i>	<i>86</i>	<i>20</i>	<i>93</i>				
Fim								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA		 		ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> À dor <input type="checkbox"/> Sem resposta				
<input type="checkbox"/> 1 - Dor <input type="checkbox"/> 2 - Hematoma <input type="checkbox"/> 3 - Contusão <input type="checkbox"/> 4 - Escoriação <input type="checkbox"/> 5 - Lacerção <input type="checkbox"/> 6 - Luxação <input type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada <input type="checkbox"/> 8 - Fratura exposta <input type="checkbox"/> 9 - Amputação <input type="checkbox"/> 10 - Evacuopatia <input type="checkbox"/> 11 - Afundamento do crânio <input type="checkbox"/> 12 - Ferimento penetrante <input type="checkbox"/> 13 - Tórax instável <input type="checkbox"/> 14 - Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> 15 - Fenda papilariva <input type="checkbox"/> 16 - Empalamento <input type="checkbox"/> 17 - Outros				RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Orientado <input type="checkbox"/> 2 - Confuso <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 4 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 5 - Sem resposta				
				RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 7 - Localiza a dor <input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta				
				<i>15</i>				
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA				
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurologica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros			
GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> Ileso	<input type="checkbox"/> Pequena	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Severa				
<i>Pedro Luis MACHADO CRM/RR 2142</i>								
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
INIDENTES		<input type="checkbox"/> Conceitamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trotô		MEIOS ACIONADOS	<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SAMTRAN <input type="checkbox"/> PRF			
					<input type="checkbox"/> 1 - Admberd <input type="checkbox"/> 1 - Outros			
RCP		<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____		<input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso				



PE
DOF

TERMO DE
RECUSA

Assinatura do Receptor:

- Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, neste oportunidade.
- Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, neste oportunidade.

Assinatura do Paciente:

RG:

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

RG:

GESTANTE

Idade Gestacional:

 Movimentos fetais presentes Partes fetais no vulva

Perda de líquido:

 Contraições entre 3-5 min. Com cartão da gestante

BCF:

 Contraições com duração > 30s Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

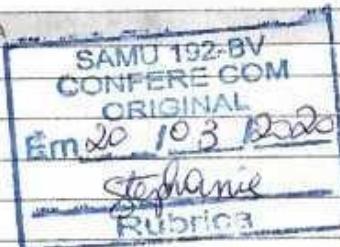
- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Máscara laringea | <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca | <input type="checkbox"/> Imobilização de fratura |
| <input type="checkbox"/> Cânula de Guedel | <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie | <input type="checkbox"/> Colar cervical | <input type="checkbox"/> Curativos |
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min | <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica | <input type="checkbox"/> Headblock | <input type="checkbox"/> Parto vaginal |
| <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min | <input type="checkbox"/> Oxímetro | <input type="checkbox"/> Franha longa | <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência |
| <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax | <input type="checkbox"/> Tirantes | <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação |
| <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal | <input type="checkbox"/> Descompressão torácica | <input type="checkbox"/> KED | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelfo n° ____ | <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____ | <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo | |

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

Latadura 15 cm
2 pares de bengalas
1 par de luvas G.



OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Paciente masculino, vítima de acidente de trânsito, encontrado ao solo, em local deserto, com fratura fechada de membro inferior, no músculo da coxa. Foi encaminhado ao GT do Protótipo de Trauma, conforme orientações do médico regulador.

Assinatura e carimbo do profissional



ATESTADO MÉDICO /
DECLARAÇÃO DE
COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a):

Dos Santos Silva

foi atendido no Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE UNACON, no dia 21/01/20 às 10:00 horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento

Necessita de trinta (30) dia(s) de licença médica. Jomilson Nascimento da Silva
Chefe de Divisão
Matrícula nº 95277-1

CID:

Boa Vista,

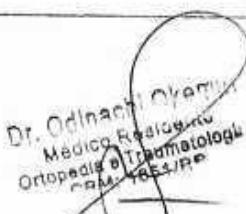
21/01/20

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611



Raquel L. Salazar
Tec. Enfermagem
CORREN-RR 001.058.491-TE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE AVBRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO									
FICHA DE ATENDIMENTO									
2001211707 Paciente: WILSON EMANUEL DOS SANTOS SILVA Tipo Doc: Documento Orgão Emissor:		Data Nascimento: 01/01/1980	Data Emissão: 03/08/2020	Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro	Raça/Cor: Pardo Naturalidade:	CPF: 547.662.062-15 RG: 03.111.994-7			
Mae: ALCILENE DOS SANTOS SILVA Endereço:		Pai:		Contatos:					
Class. de Risco:		Plano Convênio:		Nº da Carteira:					
ESTRUTURA ÚNICA DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento:		Caráter do Atendimento: URGÊNCIA	Profissional do Atend. Tipo de Chegada:	Procedência: Procedimento Sol.	Temp. Registrado por:	Peso	Pressão		
Queixa Principal:		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem:		GSC AO: 12345 RV: 12345 MRV: 123456 15							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA: _____ h) PACIENTE: metacarcaíte, dor em pulmo. SEM FEE.									
Exame Físico: 26/08/2020									
Enunciado: Fratura de rádio (distal)									
SADT - Exames Complementares: <input type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRASON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:									
PRESCRIÇÃO: 1) TICANIL 400 mg 01 (fazendo DIFERENCIADA 2) LÍAS 3) TICANIL 400 mg 01 (fazendo DIFERENCIADA 4) LÍAS					APRAZAMENTO: Hospital GERAL DE RORAIMA 03/08/2020 5) LÍAS	OBSERVAÇÃO: 24/08/2020 6) LÍAS			
Dr. Pedro Lins Soares CRM: RR 2142									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta e Pedido <input type="checkbox"/> Alta à Revisão <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: ORTOPEDIA									
<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: 1/1/1900									
Óbito: Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IM - Anatomia Patológica									

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Pedro Lins
Médico
CRM-RR 2142





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO



Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVAA** retifica-se por **WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA, RG 3874893 SSP/RR**, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (**GRANDE TRAUMA**), no dia 21/01/2020 às 11:49H, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 2001211707.

Boa Vista-RR, 06 de Julho de 2020.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hospogr@yaibest.com.br

06/07/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...



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

1^º Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001211707	21/01/2020 11:49:11	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVAA		03/11/1997	22 A 8 M 3 D		54766206215			
Tipo Doc: Documento		Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE 3874893		SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Paiz		Contato	
ALCILENE DOS SANTOS SILVA					ELVES KEBI SALVIANO DA SILVA		(95) 99111-5759	
Endereço		RUA - ROSA OLIVEIRA DE ARAUJO - 2119 - UNIAO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco		Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:			
Queixa Principal		SAMU CAPITAL			ERBEJONE SIMPLICIO			
			(<input type="checkbox"/> Síndrome Febril	(<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	(<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem					GSC	TOTAL		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)					AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Exame Físico								
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares		<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO			
Conduta		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: _____						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:								
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)		Destino: (<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/> Outro: _____)						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				

Impresso por: Iuiza
Data Hora: 06/07/2020 09:59:34

0001211707
0001211707 - Soluções em Tecnologia
0001211707 - www.solucoesemtecnologia.com.br





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTSZ 2XSH2 E8RCU P3VYA



SINISTRO 3200215498 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA
COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO** CN CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS
EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA
CPF/CNPJ: 54766206215

Posição em 06-07-2020 11:33:55

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/07/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



26/08/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 26/08/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4^a Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

PROJUDI - Processo: 0821759-43.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 3.0
26/08/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 26/08/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 26/08/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 26/08/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

28/08/2020: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 28/08/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI
DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0821759-43.2020.8.23.0010

Classe Processual: Procedimento Ordinário

Assunto Principal: Seguro

Valor da Causa: : R\$15.656,25

Autor(s)

WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA

Rua Rosa Oliveira de Araujo, 2119 - Santa Luzia - BOA VISTA/RR - CEP: 69.317-103 - E-mail: juridicosememail@gmail.com - Telefone: (95)99911-5759

Réu(s)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL

(NCPC: Art. 203, §2º)

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mas futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “*A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade*” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constatou que no caso em tela, a necessidade de aplicação da teoria dinâmica de distribuição do ônus da prova em desfavor da parte requerida, nos termos do artigo 373, II, do Código de Processo Civil.

07. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr.^a Mariângela Nasário Andrade**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

08. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 200,00 (duzentos reais)**.

09. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

10. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

11. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

12. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

13. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou photocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

14. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

15. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

16. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

17. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

18. Para se alcançar maior celeridade e agilidade na tramitação dos processos, nos termos do inciso XIV^[1] do Artigo 93 da Constituição Federal, determino aos servidores do Cartório desta Vara para adotar os comandos e procedimentos ordinatórios, sem caráter decisório, objetivando a rápida solução da demanda e finalização da prestação jurisdicional, ainda que isso importe em outros atos de caráter conciliatório, administração e executórios, que deverão ser reduzidos a termo o Ato Ordinatório (Portaria Conjunta nº 001/2016 - publicada no DJe n.º 5876) ou lavrada a respectiva certidão.

19. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

Jarbas Lacerda de Miranda
Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível
(Assinado digitalmente)

^[1] XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004).

30/08/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 30/08/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de WILDSON EMANOEL DOS SANTOS SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (28/08/2020)

Por: ALDENEIDE NUNES DE SOUSA