



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

|                                         |                           |
|-----------------------------------------|---------------------------|
| Processo: 202065000505                  | Distribuição: 21/02/2020  |
| Número Único: 0000496-22.2020.8.25.0013 | Competência: Carira       |
| Classe: Procedimento Comum              | Fase: POSTULACAO          |
| Situação: Andamento                     | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: *****                  |                           |

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
Endereço: Praça da Matriz,  
Complemento: TELEFONE : 9 9852-4375  
Bairro: CENTRO  
Cidade: CARIRA - Estado: SE - CEP: 49550000  
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: AV. SEN. DANTAS  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário**  
**Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202065000505

**DATA:**

14/09/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200912131400362 às 13:14 em 12/09/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARIRA/SE

Processo: 202065000505

**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 **WENESTER PAIXAO DOS SANTOS**, 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 **21/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/06/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **DAS INTIMAÇÕES**

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 KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: [kchrystian@hotmail.com](mailto:kchrystian@hotmail.com), telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

### **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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

#### **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: | 19/09/2018 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.687,50   |

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

CLIENTE: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

BANCO: 104  
AGÊNCIA: 00143  
CONTA: 000000046284-5

---

Nr. da Autenticação 12A146928F746132

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:

---

<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)

*“(...) 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/05/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e 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>.

---

<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.”

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

#### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

---

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



## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</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>8</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 a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

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

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

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

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

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

---

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

<sup>8</sup> art.

1º

(...)

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CARIRA, 11 de setembro de 2020.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

### QUESITOS DA RÉ

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

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

## TABELA DE GRADAÇÃO

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-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 da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, 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 **WENESTER PAIXAO DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **CARIRA**, nos autos do Processo nº 00004962220208250013.

Rio de Janeiro, 11 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-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

ENTRE A SEDE DA FILIAL ONDANDO A SEDE COM OUTRA UF

33.3.0028479-6

**Figure 4a-d**

Sociedade anônima

### Positive Environmental

Normal

128 An. Deutscher

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

**Other Arguments:**

0000131501-18/12/2017

DOI: 10.1002/9781118471999.ch11

SEGURO LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Balance(s): 102595084

Week: ECC32023-D73D-4232-8033-7CC99416A904

| Órgão | Calculado | Pago   |
|-------|-----------|--------|
| Juiza | 570,00    | 570,00 |
| DRF   | 21,00     | 21,00  |



## REQUERIMIENTO

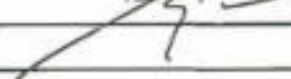
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

|       |                      |                                                                                                                                                                           |
|-------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local | Nome:                |   |
|       | Assinatura:          |                                                                                                                                                                           |
|       | Telefone de contato: |                                                                                                                                                                           |
| Data  | E-mail:              |                                                                                                                                                                           |
|       | Tipo de documento:   | Híbrido                                                                                                                                                                   |
|       | Data de criação:     | 24/01/2018                                                                                                                                                                |
|       | Data da 1ª entrada:  |                                                                                                                                                                           |



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO PRIVAT S/A

NRE: 133.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003119059 e demais constantes do termo de autenticação.

Authentic idcardNo: FD69743867A48220CFDK4856APADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA8DE17D8

4 Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 2/13





**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar - Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jablis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (II) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (I) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reafirmar as funções específicas perante a SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôres      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*CR* *Luci*

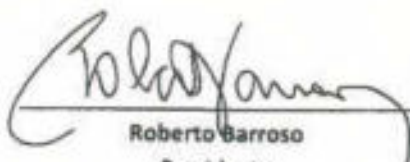


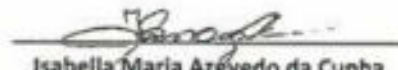
**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD858CF8FFD5CF68740F233E496AFDA80X1F88

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pag. 5/13



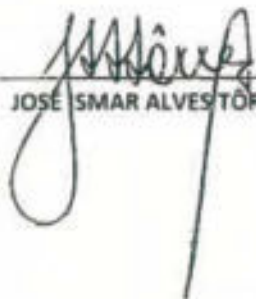
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00053149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFEE4836AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1F88

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149039 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6376386FA8220CFDE4B56AFAD5ECF8FFDDCF88740F233E496AFDA30X1F8S

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/15







12/10

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**



4996507

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016.  
Página 1 de 10

Bernardo R. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D798CBA11812475AE8208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4896508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, 1/4 (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo A.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



13/4

convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Fernando F. S. Benveniste  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo K.L. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575165 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



15/4

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

16/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4896513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

12/3



4896514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

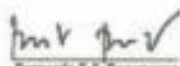
**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 8 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

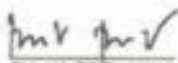
**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

  
Bemário F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

19/1/1



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

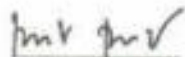
**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Fernando F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163578185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C696  
Arquivamento: 00002958603 - 11/10/2016



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>17º</b>  <b>Ofício de Notas</b><br>DA CAPITAL                                          | Tableteiro: Carlos Alberto Figueira Oliveira<br>Rua do Carmo, 47 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-0001 | ADB28690<br>088674 |
| Reconheço por AUTENTICAÇÃO as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES</b> e                                                                                                   |                                                                                                                  |                    |
| <b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (00000524953)                                                                                                                               |                                                                                                                  |                    |
| Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.                                                                                                                                   |                                                                                                                  |                    |
| Em testemunho _____ da verdade.                                                                                                                                            |                                                                                                                  |                    |
| Conf. por: _____                                                                                                                                                           |                                                                                                                  |                    |
| Serventia: _____                                                                                                                                                           |                                                                                                                  |                    |
| TÍTULOS: _____                                                                                                                                                             |                                                                                                                  |                    |
| Total: _____                                                                                                                                                               |                                                                                                                  |                    |
| <b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b><br><b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b><br>Escrivente<br>1 3.90<br>1 12786-40062 série 05077 ME<br>Aut. 20.5.3º Lei 8.986/94          |                                                                                                                  |                    |
| Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.<br>EOLP: 111 H01-011-56882 GRS<br>Consulte em <a href="https://www3.tirri.jus.br/sitepublico">https://www3.tirri.jus.br/sitepublico</a> |                                                                                                                  |                    |



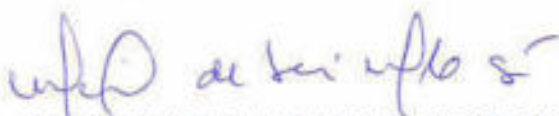
### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRDESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato nº 107.



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

# 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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00143

CONTA: 000000046284-5

---

Nr. da Autenticação 12A146928F746132

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180411322 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WENESTER PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 15/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180411322 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WENESTER PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 13/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI:

CNPJ da Vítima

028.320.505-90

Nome completo da vítima

Wenster Paixão Dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                      |                            |          |            |
|----------------------|----------------------------|----------|------------|
| Nome completo        | Wenster Paixão Dos Santos  |          |            |
| CPF titular da conta | 028.320.505-90             | Endereço | Jardim     |
| Endereço             | Rua Fulgencio M de Almeida | Número   | 139        |
| Bairro               | Centro                     | Cidade   | Carua      |
| Estado               | SE                         | CEP      | 49.550-000 |
| Email                | marcondulio@gmail.com      |          |            |
| Telefone (DDD)       | 9918-9207                  |          |            |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ **RECUSO INFORMAR**  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  
☐ SEM RENDA  
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  
☐ ATÉ R\$ 1.000,00  
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ ACIMA DE R\$ 10.001,00

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

☐ BRANCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (239) ☐ ITAU (241)

☒ **Caixa Econômica Federal (104)**

AGÊNCIA  
0143  
CONTA  
46284  
5

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

BANCO  
ACÉNCIA  
CONTA

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

W. So. Valério 14 de 08 de 18  
Local e Data

Wenster Paixão Dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURODORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

Ato

SABEMI SEGURADORA S/A  
06 SET 2018  
RE: 536360  
RECEBIDO

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES  
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
30 ANOS NASC: 15/03/1988  
POV MASARADUBA  
CASA BAIRRO: Z R  
CARIRA  
JOAO PAIXAO DOS SANTOS / JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
O PROPRIO  
CARIRA - SE  
ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2.224,01  
SEXO...: MASCULIN  
NUMERO: 0  
UP: SE CEP...: 49550-00  
TEL...: 075 996 5135

X mmHg PULSO: TEMP.: PESO:

EXAMELENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC  
☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05/18

Paciente refere queda de Moto.

A: nas arestas perveras D: Glasgow 15, PIER, MMH normal, MSH  
B: expansibilidade preservada E: possível fratura de espelula de E  
C: escoriações ao longo do corpo antebraço E.  
ES DA ENFERMAGEM: q. diminuição por dor intensa no ombro e E. MSH  
Avalia de MSH q. exparte. CRUISE 2008

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SRL 500mg EV 5x/dia 04:20  
2) Morfina 10mg oral AD 2x/dia  
3) Radiografias: ombro, sub braço e punho x E + Tórax PA/P

SAIDA: HORA DA SAIDA:  
DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA  
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
NAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

UNIDADE DE SAUDE: ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATO

Assinatura do Paciente/Responsavel ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto dos Cruz  
Téc. de Exat. Médica  
C.R. 12.123-79 Região

Protocolo  
25-05-18  
6164605

4) Avaliação de Ortopedia.  
5) Alta hospitalar



O.E.: M280030601

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07/2018

Data Autorização: 11/09/2018

Num AII: 281810014647-7

Situação: APURADA

Tipo: 01- INICIAL

Apresentação: 07/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO  
Orgão Emissor: M280030601  
Doc autorizador: 190130126963000  
Doc med resp: 206790614650008  
Doc diretor clínico: 206790614650008  
Doc médico solic: 124301372500007  
CNS: 0002263 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
CNS: 70370818571269-5  
Prontuário: 1039030  
Paciente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
Data Nasc.: 15/03/1988 Sexo: MASCULINO  
Nacionalidade: 010 - BRASIL  
Tipo Doc.: Identidade  
Doc: 22240110  
Responsável por: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
Nome da Mãe: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
Endereço: CAMPO POV MACARANDUBA 100 Bairro: CENTRO  
RaparCor 03-PARÇA Etnia: 003 NAO SE APLICA  
Município: 260290 - ITABUANA UF: SE CEP: 43500-000  
Telefone: 0719988-88748 Mada Proc.: NÃO  
Procedimento solicitado: 04.08.01.018-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR  
Procedimento principal: 04.08.01.018-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR  
Diag. principal: 34314-LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR  
Diag. secundário:  
Complementar:  
Carater atendimento: 02 - URGÊNCIA  
Data internação: 11/09/2018 Data saída: 18/09/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Causa Obito:  
Modalidade: HOSPITALAR  
Liberação SISANH01:  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador:  
Vínculo Previdência:  
CNAER:  
CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Link | Processamento | Documento                | CRO     | CNES/CNPJ | Apurar Valor de Quid | Crit    | Descrição                         |
|------|---------------|--------------------------|---------|-----------|----------------------|---------|-----------------------------------|
| 1    | 0408010185    | 980018000832707225151(6) | 0133263 | 3359948   | 3359948              | 1000013 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / |
| 2    | 0408010185    | 980016297029895225151(6) | 0133263 | 3359948   | 3359948              | 1000013 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / |

| VALORES DA PREVIA        | Serviço Hospitalar |          | Serviço Profissional |          |         |          | TOTAL  |
|--------------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|---------|----------|--------|
|                          | Direto             |          | Direto               |          | Rateado |          |        |
|                          | Próprio            | Terceiro | Próprio              | Terceiro | Próprio | Terceiro |        |
| 04.08.01-CINTURASCAPULAR | 275,44             |          | 00,54                |          | 71,51   |          | 377,49 |
| Total Geral:             | 275,44             |          | 00,54                |          | 71,51   |          | 377,49 |

CID SECUNDÁRIO

| Cid   | Característica | Descrição                                                                                   |
|-------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| V20.0 | PREEXISTENTE   | MOTOCICLISTA TRAUM EM COL C/CARRIO PICK-UP OU CAMINHON - CONDUTOR TRAUM EM ACID. 5-TRANSITO |

Número de Nascidos: \_\_\_\_\_ Número de Saídas: \_\_\_\_\_ Nº Pré-Natal: \_\_\_\_\_  
Vivos: \_\_\_\_\_ Mortos: \_\_\_\_\_ Altas: \_\_\_\_\_ Transf.: \_\_\_\_\_ Óbitos: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

*Dr. Ana Angélica Pontes*  
Supl. Médica  
CRM 2345  
CPF 880.011.140-19  
81/07/18

SABEMI SEGURODORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

|                                                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                            |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |  <b>HOSPITAL CIRURGIA</b> |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                             |  |                                                                       |  | <b>2 - CNES</b><br>0002283                                                                                   |  |
| <b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA                                              |  |                                                                       |  | <b>4 - CNES</b><br>0002283                                                                                   |  |
| <b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA                                               |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                             |  |                                                                       |  | <b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b><br>1039330                                                                       |  |
| <b>5 - NOME DO PACIENTE</b><br>WENESTER PAIXAO DOS SANTOS                                                                                    |  |                                                                       |  | <b>10 - RAÇA/COR</b><br>                                                                                     |  |
| <b>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</b><br>160633589790002                                                                                 |  |                                                                       |  | <b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b><br>15/03/1988                                                                  |  |
| <b>11 - NOME DA MÃE</b><br>JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS                                                                                          |  |                                                                       |  | <b>9 - SEXO</b><br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3       |  |
| <b>13 - NOME DO RESPONSÁVEL</b><br>POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100                                                                         |  |                                                                       |  | <b>12 - TELEFONE DE CONTATO</b><br>Nº DO TELEFONE<br>9 9688-8745/9675-1388                                   |  |
| <b>15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b><br>POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100                                                                  |  |                                                                       |  | <b>14 - TELEFONE DE CONTATO</b><br>Nº DO TELEFONE<br>9 9688-8745/9675-1388                                   |  |
| <b>16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b><br>CARIRA                                                                                                |  |                                                                       |  | <b>17 - Cód. IBSG MUNICÍPIO</b><br>SE                                                                        |  |
|                                                                                                                                              |  |                                                                       |  | <b>18 - UF</b><br>SE                                                                                         |  |
|                                                                                                                                              |  |                                                                       |  | <b>19 - CEP</b><br>49550-000                                                                                 |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                           |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b><br>- dor no braço direito - fratura de rádio e ulna<br>- fratura de rádio e ulna - 20 dias |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b><br>fratura de rádio e ulna - 20 dias                                                       |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b><br>Exame Raio X, Radiografia                      |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>23 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>Fratura de rádio e ulna - 20 dias                                                                         |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>24 - CID 10 PRINCIPAL</b><br>V230                                                                                                         |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>25 - CID 10 SECUNDÁRIO</b><br>V230                                                                                                        |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b><br>                                                                                                     |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                               |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b><br>Fratura de rádio e ulna - 20 dias                                                        |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b><br>040805058                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>29 - CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIA                                                                                                             |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b><br>URGENCIA                                                                                                |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>31 - DOCUMENTO</b><br>( ) CNS ( ) CPF 385539965F 49                                                                                       |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b><br>                                                                        |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b><br>Dra. Angélica Brito                                                                          |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>34 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b><br>11/06/18                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b><br>                                                                            |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                        |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>                                                                                                         |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>                                                                                                     |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO</b>                                                                                                   |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>39 - CNPJ DA SEGURADORA</b>                                                                                                               |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>40 - CNPJ EMPRESA</b>                                                                                                                     |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>41 - Nº DO BILHETE</b>                                                                                                                    |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>42 - CNH DA EMPRESA</b>                                                                                                                   |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>43 - SÉRIE</b>                                                                                                                            |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>44 - CBO</b>                                                                                                                              |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b><br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO            |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                           |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>                                                                                                 |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>47 - Cód. Órgão Emissor</b>                                                                                                               |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>48 - DOCUMENTO</b><br>( ) CNS ( ) CPF                                                                                                     |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>                                                                            |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b><br>16/06/18                                                                                                  |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b><br>Dra. Angélica Brito<br>Supervisora Médica<br>CRM 15.308<br>CPF 198.735 - 20 |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |
| <b>52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b><br>SABEMI SEGURADORA S/A<br>2818100146477<br>06 SET 2018<br><b>RECEBIDO</b>           |  |                                                                       |  |                                                                                                              |  |



## CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Wenester Paixão das SantosIDADE: 30SEXO: M ( ) F ( )

LEITO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: SUS ( ) IPES ( ) PLANO ( )

HAS ( ) DM ( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)

DATA FRATURA: 21/05/2018DATA INTERNAMENTO: 11/06/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (X)

COLHIDOS: SIM (X) NÃO ( )

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ( )

RX: 1 PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ( )

SEM QUALIDADE ( )

ECG: SIM (X) NÃO ( )

ECO: SIM ( ) NÃO ( )

PEDIDO: SIM ( ) NÃO ( )

REALIZADO: SIM ( ) NÃO (X)

REALIZADO: SIM ( ) NÃO ( )

TOMOGRAFIA: SIM ( ) NÃO ( )

PEDIDA: SIM ( ) NÃO ( )

REALIZADO: SIM ( ) NÃO ( )



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

## CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: M ( ) F ( )

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

HAS ( ) DM ( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ( )

LEITO: \_\_\_\_\_

CONVÊNIO: SUS ( ) IPES ( ) PLANO ( )

DATA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS: OK ( ) ALTERADO ( )

RX: ( ) PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ( ) SEM QUALIDADE ( )

ECO: SIM ( ) NÃO ( ) FEITO: NÃO SE APLICA ( )

RISCO CIRÚRGICO: SIM ( ) NÃO ( ) SOLICITADO: SIM ( ) NÃO ( ) FEITO

TOMOGRAFIA: SIM ( ) NÃO ( ) FEITO: ( ) NÃO SE APLICA

VAGA DE UTI: SIM ( ) NÃO ( ) SOLICITADA: SIM ( ) NÃO ( ) TEM VAGA

DATA DA CIRURGIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORTOPEDISTA: \_\_\_\_\_



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

## CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: ( ) SEXO: M ( ) F ( )

LEITO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ HAS ( ) DM ( ) NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ( )

DATA FRATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CONVÊNIO: SUS ( ) IPES ( ) PLANO ( )

EXAMES LABORATORIAIS: ( ) SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS: \_\_\_\_\_

RX: ( ) PELÍCULAS SOLICITADO NOVO RX ( ) ECG: OK ( ) ECO: OK ( )

TOMOGRAFIA: OK ( ) NÃO SE APLICA ( ) RISCO CIRÚRGICO: OK ( ) NÃO SE APLICA ( )

PRESCRIÇÃO: OK ( )

EVOLUÇÃO: OK ( )

ATO CIRÚRGICO: OK ( )

OPME: OK ( ) NÃO SE APLICA ( )

CIRURGIA: SIM ( ) REALIZADA POR DR. \_\_\_\_\_ NÃO ( ) REALIZADA POR DR.

MOTIVO DA SUSPENSÃO \_\_\_\_\_

REMARCAR PARA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
 AV.DESSEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170  
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: Jene

-----  
 ATENDIMENTO

*laudo preenchido*

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 11/06/2018 10:39:45

LEITO: CIR GEN 004 - Clinica Cirurg

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERMO

PROFISSIONAL: 1631-LEOPOLDO SIMCES BARRETO

-----  
 PACIENTE

CARTÃO SUS: 160633589790002

ATENDIMENTO: 1039330

NOME: WINSTER FAIXAO DOS SANTOS

ENDEREÇO: POV MACARANDUBA ; RUA B

BAIRRO: Centro

CIDADE: Carira

PHONE: 99688-8745/99675-1388

DATA NASC.: 15/03/1988

EST.CIVIL: Solteiro

NOME DO PAI: JOAO PAIXAO DOS SANTOS

NOME DA MAE: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

Nº: 100

UF: SE

CEP: 49950000

CPF

02812050590

R.G:

22240110

IDADE: 30

SEXO: Masculino

PROFISSÃO: SOLDADOR

-----  
 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: o mesmo

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

-----  
 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 843.1-Luxação da articulação acromioclavicular

ORIGEM: Carira

DIAS INTERNAÇÃO: 2

PROC.SUS: 040801018-3 Tratamento Cirurgico De Luxacao / Fratura-Luxa

AIH.:

*\* Anexado o resultado do exame laboratorial.*

*[Assinatura]*  
 Leopoldo Simces Barreto  
 Sec. Clínica FHC  
 11/06/2018

*Alter 16-06-19  
 Kit OK + R X  
 [Assinatura]  
 Josefa Barreto dos Santos  
 11/06/2018*

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| PACIENTE  | Wenston Paiva dos Santos |
| IDADE     | 40 anos                  |
| SEXO      | M                        |
| ALTO      | 1,70m                    |
| QUANTO    | 70kg                     |
| ENFERM.   | 1039330                  |
| LEITO     | 525                      |
| CH/ENFERM |                          |

11/08/18 Prof. Dr. L. A. C. (E) Martins Aguiar

11/08/18 Lúcio de Jesus - Clínica Especial  
 Queixas: náuseas, vômito  
 Exame físico: normal  
 Exames: normal  
 Diagnóstico: náuseas e vômito  
 Tratamento: suporte sintomático  
 Evolução: melhora progressiva

13/08/18 Lúcio de Jesus - Clínica Especial  
 Queixas: náuseas, vômito  
 Exame físico: normal  
 Exames: normal  
 Diagnóstico: náuseas e vômito  
 Tratamento: suporte sintomático  
 Evolução: melhora progressiva

14/08/18 Dr. Lúcio de Jesus - Clínica Especial  
 Queixas: náuseas, vômito  
 Exame físico: normal  
 Exames: normal  
 Diagnóstico: náuseas e vômito  
 Tratamento: suporte sintomático  
 Evolução: melhora progressiva

15/08/18 Dr. Lúcio de Jesus - Clínica Especial  
 Queixas: náuseas, vômito  
 Exame físico: normal  
 Exames: normal  
 Diagnóstico: náuseas e vômito  
 Tratamento: suporte sintomático  
 Evolução: melhora progressiva

16/08/18 Dr. Lúcio de Jesus - Clínica Especial  
 Queixas: náuseas, vômito  
 Exame físico: normal  
 Exames: normal  
 Diagnóstico: náuseas e vômito  
 Tratamento: suporte sintomático  
 Evolução: melhora progressiva





NOME:

Wanderlei Paixão dos Santos

IDADE:

REGISTRO:

UNIDADE:

30 | C4 | 1039330 | El. e geral

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Capelito <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Oatoso                                 | 2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional                                | 3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso                               | 5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente | 6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                         |
| 7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Ovel <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico        |                                                                                                                                                                        |
| 9-EXCREÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
| 10-OLIMPE: Ausente: <input type="checkbox"/> Boras <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes                            |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |

DATA:

07/06/18

07:20 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

08:00 Aceita a dieta.

09:30 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

10:00 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

DATA:

07/06/18

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Capelito <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Oatoso                                 | 2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional                                | 3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso                               | 5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente | 6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                         |
| 7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Ovel <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico        |                                                                                                                                                                        |
| 9-EXCREÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
| 10-OLIMPE: Ausente: <input type="checkbox"/> Boras <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes                            |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |

13:00 Paciente em seu leito, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

14:00 Aceita a dieta.

15:00 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

17:30 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

18:00 Paciente apresenta-se no leito, calmo, eufórico, lucido, sem queixas no momento.

Unidade de Enfermagem  
Aux. de Enfermagem  
COREN-SE 579768

Unidade de Enfermagem  
Aux. de Enfermagem  
COREN-SE 579768

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Xenôsten Paixão dos Santos  
 IDADE: 30 LÉITO: 24 REGISTRO: 639330 UNIDADE: Ch.E. geral

1-BIOTIPO: ☐ Capetico ☐ Entrêfico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DILUIÇÃO: ☐ Ausente ☐ Horas ☐ Presente: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: ☐ Alterações na urina:

07:30 Ref. encostar-se no lado esquerdo, em frente  
 08:00 Aceitar dieta e 300g de proteína de chupão.  
 10:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 12:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 14:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 16:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 18:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 20:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 22:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.

1-BIOTIPO: ☐ Capetico ☐ Entrêfico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DILUIÇÃO: ☐ Ausente ☐ Horas ☐ Presente: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: ☐ Alterações na urina:

13:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 15:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 17:30 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 19:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 21:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.  
 23:00 Parar de beber e 300g de proteína de chupão.

Administração de medicação de horário.









ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

UNIDADE: Clínica Geral  
REGISTRO: 1039330  
LEITO: 64  
IDADE: 30

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- SÍMPTOMAS: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito  | 2- COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional                                           | 3- LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 4- CONSCIENTIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso                            | 5- ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente | 6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                           |
| 7- NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | 8- INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético        |                                                                                                                                                                                      |
| 9- EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | Alterações nas fezes:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| 10- DIURSE: Ausente: <u>horas</u> <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u>vezes</u>                                                             | <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade                                                                        |                                                                                                                                                                                      |

07 paciente em centro de reabilitação ortopédica orientado do sem perdas no membro.  
08 tomou banho de esponja.  
09 realizado curativo de enxerto cirúrgico em 45°C com SE egi em queda  
aberto em 45°C.  
09:30 paciente recebe alta hospitalar est. tec. e eng. sta. anemia. Josely michele  
09:40 paciente sem de alta hospitalar.

Letícia Silva  
COREN-SE 624036 - ENF

|                                                                                                                                               |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- SÍMPTOMAS: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômito  | 2- COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional                                | 3- LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 4- CONSCIENTIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso                            | 5- ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente | 6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                           |
| 7- NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | 8- INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético        |                                                                                                                                                                           |
| 9- EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | Alterações nas fezes:                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                           |
| 10- DIURSE: Ausente: <u>horas</u> <input type="checkbox"/> Presente: <u>vezes</u>                                                             | <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade                                                             |                                                                                                                                                                           |

Assinatura e identificação

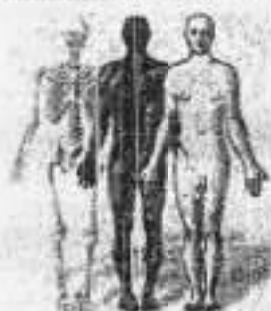
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Wesley dos Santos Procedência: Clinica Juiz Matrícula: 1039330  
Idade: 30 Sexo: LM (☐ F) Data de admissão: 11/06/12 Leito: C04

**TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)**

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue (☐ SIM (☐ NÃO) Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI (☐ SIM (☐ NÃO)
- Preparo: (☐ Jejum a partir - HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) (☐ Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: (☐ Prótese dentária (☐ Lente de contato (☐ Jóias (☐ Grampos (☐ Outros: \_\_\_\_\_)
- Alergia conhecida: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ QUAL (S): \_\_\_\_\_)
- Hábito de vida: Tabagista: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ TEMPO: \_\_\_\_\_ / Etilista: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ TEMPO: \_\_\_\_\_)
- Passado cirúrgico: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ QUAL (S): \_\_\_\_\_)
- Doenças atuais: (☐ HAS (☐ ICC (☐ IAM (☐ AVC (☐ DM (☐ NEO (☐ DPOC (☐ IRC (☐ ITU (☐ NÃO)
- Faz uso de medicamento: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ QUAL (S): \_\_\_\_\_)

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)**



HORÁRIO: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)**

**EQUIPE CIRÚRGICA**

- Cirurgião: Dr. Antonio Laro
- Instrumentador: Parcello
- Anestesiologista: Dr. Henrique
- Circulante: Leandro

**SERVIÇO DE APOIO**

- Hemotransfusão com SO (☐ SIM (☐ NÃO)
- (☐ 1ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_)
- (☐ 2ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_)
- (☐ 3ª Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_)
- Anatomopatológico: (☐ SIM (☐ NÃO)
- (☐ Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_)

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

- Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_
- Horário - Início: \_\_\_\_\_ h e Término: \_\_\_\_\_ h.
- Monitoração: (☒ ECG (☒ Oximetria (☒ PANI (☐ Pressão invasiva: \_\_\_\_\_)
- Técnicas Anestésicas: (☐ Geral venoso (☐ Geral intravenosa
- (☐ Geral combinada (☐ Peridural com cateter Peridural sem cateter
- (☐ Raqui-anestesia (☐ Bloqueio (☐ Sedação (☐ Local
- Posição Cirúrgica: (☐ Dorsal (☐ Ventral (☐ Ginecológica (☐ Lateral D (☐ Lateral E
- (☐ Outras \_\_\_\_\_)
- Local da placa dispersiva: P
- Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_
- Curativo - Tipo e local: ampicilina

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)**

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 10:40 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 11:00 h.

paciente com SO para procedimento cirúrgico com  
computador monitorado por 130x80mm fe 72 lepr  
SO 50% monitorado durante o ato cirúrgico. paciente com  
exame de SRPA de uso, protocolo e se me prontuar  
e não está dentro do ato cirúrgico.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Cristiane Marques dos Santos  
Tec. Enfermagem  
COREN 001.011.409

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)  
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Wemester Paiva dos Santos Matrícula: 103.9330  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS  
Diagnóstico: luxação acromioclavicular  
Procedimento realizado: tratamento cirúrgico  
Data da utilização: 14.06.18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Lora CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Antônio E. Lora Azeiteiro  
Ortopedia - Traumatologia  
CBO 360 - 1307 0204

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

| Código INSS / SIMPRO | Quantidade Utilizada | Descrição dos produtos    |
|----------------------|----------------------|---------------------------|
| <u>0408 010185</u>   | <u>01</u>            | <u> fio de Kirschmann</u> |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |
|                      |                      |                           |

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: FBHc CNPJ: \_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: \_\_\_\_\_  
Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



## FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

### RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| NOME:                   | Vinicius Roberto da Silva |
| NUMERO DE INTERNAMENTO: | 1039330                   |
| PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: | Ext. claustrum            |
| CIRURGIÃO:              | Dr. Antônio Lora          |
| ENFERMEIRO:             | Paulo de                  |
| CIRCULANTE DE SALA:     | Leandro                   |
| ANESTESIOLOGISTA:       | Dr. A. Mayuri             |
| INSTRUMENTADOR:         | Marcelo                   |
| DATA:                   | 14/06/18                  |
| SALA CIRÚRGICA:         | 06                        |

### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

Exemplo e.e. E=13-06-18 L=13-06-18 Y=20-06-18 A=13-06-18

|              |              |              |              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 13/06/18 127 | 13/06/18 127 | 13/06/18 127 | 13/06/18 127 | 13/06/18 127 | 13/06/18 127 |
| 20/06/18 3   | 13/09/18 3   | 13/09/18 3   | 13/09/18 3   | 13/09/18 3   | 20/06/18 3   |
| 19 - 227     | 19 - 226     | 19 - 230     | 19 - 227     | 19 - 229     | 15 - 224     |

COLABORADORES: Enfermeiros João e Susseida  
de 17/06/2018

Obs. permanecer junto ao prontuário



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_ DATA: / / CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_  
1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
CIRCUANTE: \_\_\_\_\_

|                                                                |     |                                                                                 |               |
|----------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| MONOCRYL 5.0 REF Y848 1.6CM                                    |     | 1 - CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )                                         |               |
| MONOCRYL 5.0 REF Y495                                          |     | LÂMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )                                       | 02            |
| MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM                                       |     | LATEX 204 AMARELO ( ) SILICONE ( )                                              |               |
| MONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )         | 01  | LUVA ESTÉRIL 7.0                                                                | 02            |
| 5 ( ) 10 ( )                                                   |     | LUVA ESTÉRIL 7.5                                                                | 01            |
| POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 ( ) 5 ( )                             |     | LUVA ESTÉRIL 8.0                                                                | 01            |
| POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) |     | PLACA DE BISTURI ELÉTRICO                                                       |               |
| 7 ( )                                                          |     | SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )                                     |               |
| POLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )    |     | SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )                                            |               |
|                                                                |     | SERINGA DESCARTAVEL 3 ML ( ) 5ML ( )                                            |               |
| VICRYL Nº 0 5/AG.                                              |     | SERINGA DESCARTAVEL 10ML                                                        | 01            |
| CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )           |     | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML                                                       | 02            |
| 4 ( ) 5 ( )                                                    |     | SERRA DE GHILI                                                                  |               |
| CATGUT. SIMPLES 5/AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )           |     | SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )                       |               |
| 4 ( ) 5 ( )                                                    |     | 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )                                                            |               |
| CERA P/ OSSEO                                                  |     | SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )             |               |
| ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO                             |     | 16 ( )                                                                          |               |
| FITA CARDÍACA FC 500                                           |     | SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )                    | 20 ( )        |
| KIT CATARATA 3/8 6.5MM REF KB5510                              |     | 22 ( )                                                                          |               |
| LIGA CLIP 130                                                  |     | SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )                    |               |
| LIGA CLIP 330                                                  |     |                                                                                 |               |
| MONOCRYL 6 REF Y967H 3.5CM                                     |     | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( )                          |               |
| MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM                                      |     | 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) |               |
| MONOCRYL 3.0 REF 8450-30                                       |     |                                                                                 |               |
| MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR                                     | QNT | SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( )                          | 4.5 ( )       |
| ALGODÃO HIDROFILO                                              |     | 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( ) |               |
| A CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )        | 01  |                                                                                 |               |
| ABAIXADOR DE LÍNGUA (ESPATULA)                                 |     | SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )                          | 3.5 ( )       |
| AGULHA DESCARTAVEL Nº ( ) 13X0.45 ( ) 30X0.70 ( )              |     | 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )                                 |               |
| 30X0.80 ( ) 40X0.12                                            |     |                                                                                 |               |
| AGULHA PERIDURAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20                |     | SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )                          |               |
| AGULHA DE RAQUI Nº ( ) 25 ( ) 27                               |     | 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )                         |               |
| ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM ( )                            |     |                                                                                 |               |
| 15CM ( ) 20CM ( )                                              |     | SONDA GÁSTRICA Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )          |               |
| ATADURA CREPOM 10CM                                            | 02  | 20 ( ) 22 ( )                                                                   |               |
| ATADURA CREPOM 15CM                                            |     | SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )             |               |
| ATADURA CREPOM 20CM                                            |     | 20 ( )                                                                          |               |
| ATADURA GESSADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )                     |     | SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )           |               |
| BOLSA DE COLOSTOMIA                                            |     | 20 ( )                                                                          |               |
| CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )     |     | SONDA CATETER TIPO OCULOS                                                       | 01            |
| 9.0 ( )                                                        |     | TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS                                                        |               |
| CAPA P/ MICROSCÓPIO ( ) CAPA P/ VÍDEO ( )                      |     | FRACIONADOS                                                                     | QNT           |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO                               |     | CAL SOLDADA                                                                     |               |
| DRENO DE KERH EM T Nº 12 ( ) 14 ( ) 15 ( ) 16 ( )              |     | ESPARADRAPO COMUM                                                               | 20cm          |
| DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )                      |     | ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO Alérgico top                                           | 20cm          |
| DRENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )                                |     | ETER SULFÚRICO                                                                  | comprimidos G |
| DRENO PENROSE Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )                       |     | FORMOL 10%                                                                      | comprimidos P |
| ELETRODO DESCARTAVEL                                           | 05  | GORRO TURBANTE                                                                  | 05            |
| EQUIPO MICROGOTAS C/ INJETOR LATERAL                           | 05  | MÁSCARA DESCARTAVEL                                                             | 05            |
| ESCOVA PVPI                                                    | 04  | POLVIDINE TÓPICO                                                                | 10cm          |
| ESPONJA GELFOAM MEDICINAL                                      |     | POLVIDINE DEGERMANTE                                                            | 30cm          |

DATA: 14/06/18

|                                                      |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
|------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|------|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|--|
| PACIENTE: <u>Wenester Pórcio dos Santos</u>          |                |                                   |      | MATRÍCULA: <u>1034330</u>            |        | CONVÊNIO: <u>SUS</u>                |  |
| IDADE: <u>30</u>                                     | SEXO: <u>M</u> | COR:                              | ENF: | QUARTO:                              | LEITO: | APTO:                               |  |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Lara</u>                           |                |                                   |      | ANESTESISTA: <u>Dr. Mayuri Ayama</u> |        |                                     |  |
| 1º AUXILIAR:                                         |                |                                   |      | 2º AUXILIAR:                         |        |                                     |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura clavícula</u> |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>0 med/mus</u>         |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
| CIRURGIA PROPOSTA: <u>Luxação acromioclavicular</u>  |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
| CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u>                |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO:                                       |                |                                   |      |                                      |        |                                     |  |
| INÍCIO DA ANESTESIA: <u>10:40h</u>                   |                | INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>11:00h</u> |      | ALT DA ANESTESIA:                    |        | RISCO OPERATÓRIO: <u>1-2-3-4</u>    |  |
|                                                      |                |                                   |      |                                      |        | ESTADO FÍSICO: <u>1-2-3-4-5-6-7</u> |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                    |  |                                     |  |                                                      |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO |  | <input type="checkbox"/> CAPNÓGRATO |  | <input checked="" type="checkbox"/> TAM NÃO INVASIVA |  | <input type="checkbox"/> VENTILADOR |  |
| FÍLDES: <u>90 150 200</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                    |  |                                     |  |                                                      |  |                                     |  |
| <p> <u>PRV</u> <u>WWW</u><br/> <u>PAD</u> <u>AAAAA</u><br/> <u>FC</u> <u>AAAAA</u><br/> <u>SD</u> <u>96/96/96</u> </p> <p> <u>Propriedades do tecido muscular com Stimplex</u><br/> <u>Exatidão técnica</u><br/> <u>Operação de 08 min total mais</u><br/> <u>Yoncler M 50 plus 10</u><br/> <u>At o momento em interconexões</u><br/> <u>A SRPA</u> </p> |  |                                                    |  |                                     |  |                                                      |  |                                     |  |

 AGENTES ANESTÉSICOS: Lidocaine 1,5% 30ml bloquios plus propofol interescalares

 TÉCNICA: com agulha A 50 + Stimplex

|          |               |                     |                   |
|----------|---------------|---------------------|-------------------|
| INDUÇÃO: | POSIÇÃO:      | LOCAL PUNÇÃO:       | LÍQUIDO RETIRADO: |
| TÉCNICA: | POSIÇÃO APÓS: | POSIÇÃO OPERATÓRIA: | RESULTADO B.R.M.  |

|                                    |                                     |              |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>11:30h</u> | DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>11:40h</u> | CONSCIÊNCIA: |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|

|                                                                                       |                                                                                          |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA | DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | CONDIÇÕES: |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|

 OBSERVAÇÕES: feijum adequado. A pontos todos feitos  
Surquis. N.º longo

 ASSINATURA DE: Dr. Mayuri Ayama  
 ANESTESIA

# Serviços

- Laboratório
- Scan Duplex
- Otologia
- Colposcopia
- Ultrassonografia
- ECG
- M.A.P.A.
- Exame / próstata
- Biopsia
- Cauterização
- Holter
- Ecocardiograma

# Especialidades

- Clínico geral
- Pediatra
- Urologista
- Ginecologista
- Cardiologista
- Dermatologista
- Angiologista
- Ortopedista
- Nutricionista
- Otorrinolaringologista
- Medicina do Trabalho
- Endocrinologista
- Mastologista
- Oftalmologista

# Convênios

- IPES
- PLAMED
- CAMÉD
- CASM
- CASG
- CAIXA
- BRADESCO
- DLSO
- CAPSAÚDE
- PREVIMED
- ASSOM
- CORREIOS



Clinica e Laboratório

**Soliclin**

Cuidando da sua Saúde

Wenerter Puxão da Silva  
relatório médico

Paciente com lesões  
Anônimas da vulva grau 3  
por acidente eletro  
no dia 21/05/18  
passando por procedimentos  
cirurgias no dia 14/06/18  
no Hospital Cirurgico, com  
resultados satisfatórios

soliclin.clinica@yahoo.com.br

## Filial

Avenida Engenheiro Carlos Teó, 0072  
Fins Pacs/SE (em frente ao Hospital)  
Fone: (79) 9897-0600

## Matriz

Rua Antônio Mendonça, 234 - Ribeirão Preto/SP  
(antiga farmácia de Rêgo) CEP.: 13.530-000  
Fones: (79) 3449-1833 / 33647-4432

## Filial

Rua João Carlos Chagas, S/N Centro  
Cidade/SE (em frente ao Hospital)  
Fone: (79) 94132-8733 / 95647-4595

Dr. Eduardo Barbosa Nunes  
Otorrinolaringologista  
CRM 1.48.530  
CBO 3.19.05/01

Selo Digital de Autenticidade  
Tribunal de Justiça do Estado  
2ª Vara de Família e Sucessões  
14/08/2018 11:33:07  
Selo TJE: 2618279548011844  
18/08/2018 11:33:07



|                                            |                                                                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARTÓRIO<br>1º OFÍCIO                      | Certifico e dou fé que a presente<br>cópia reprográfica é a reprodução<br>fiel do original que me foi exibido. |
| Recebi para<br>Julian Jota<br>Exato        | Carreira/SE                                                                                                    |
| Luiz Antônio<br>Daltro Sales<br>Substituto | Em teste, para a verificação                                                                                   |



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 536360

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48  
SETOR: 05-SUTURA

USUARIO: MIGOMES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

30 ANOS NASC: 15/03/1988

POV MASARADUBA

CASA

BAIRRO: Z R

CARIRA

JOAO PAIXAO DOS SANTOS

O PROPRIO

CARIRA - SE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2,224,0

SEXO...: MASCULII

NUMERO: 0

UF: SE

CEP...: 49550-01

/JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

TEL...: 075 996

513

TRAUMA: NAO

X

mmHg

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

PESO: [ ]

COMPLEMENTARES:

[ ]

RAIO X

[ ]

SANGUE

[ ]

URINA

[ ]

TC

[ ]

LIQUOR

[ ]

ECG

[ ]

ULTRASSONOGRAFIA

DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05

Paciente refere queda de Moto.

A: vias aéreas pervess

B: expansibilidade preservada

C: escoriações ao longo do corpo

D: Glasgow 15, PIER, MMII movimentação ativa, MSB

E: possível fratura de escápula + E + antebraço + E.

SINAIS DA ENFERMAGEM:

S: diminuição por dor intensa no ombro + E + antebraço + E.

Dr. Sérgio Sousa - Jureado CRM/SE 8208

EXATICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

② SRL 500mg EV 500 fosfato 04:20  
② Monitorar tempo anal AD EV  
↳ Realizar adms de anal  
③ Radiografias: ombro, antebraço e punho + E + Tórax PA/P

SAIDA:

[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

NAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

PRESENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

[ ] IML

[ ] ANAT. PAT

Gilberto dos Reis Cruz  
Téc. em Radiologia Médica  
CRM 150473 7º Região

Protocolo  
25-05-18  
618+805  
506+617

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

④ Avaliação da Ortopedia.  
③ Alta Hospitalar  
Dr. Sérgio Sousa - Jureado CRM/SE 8208





# HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

## Receituário

ANTONIO LARA ARCE

### RELATÓRIO MÉDICO

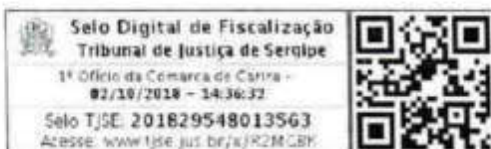
O PCIR LARALINDO COM  
DIAGNÓSTICO DE LARALINDO  
ACROMIOCLAVICULAR EX  
PROLISIA DENT. S. MURFID.  
ANALISAR EM FASE DE  
REABILITACAO.

CID: J-431

Lo: 02/10/18

Dr. Antonio E. Lara Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2005 - TECT 0826

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200



|                                        |                                                                                                                |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CARTÓRIO<br>1º OFÍCIO                  | Certifico e dou fé que a presente<br>cópia reprográfica é a reprodução<br>fiel do original que me foi exibido. |
| Marcia Maria<br>Duarte Diniz<br>Técnic | Carira/SE                                                                                                      |
| Em test                                | da Verdade                                                                                                     |
| Em test                                | da Verdade                                                                                                     |

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 536360  
CNS:DATA: 21/05/2018  
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 03:48 USUARIO: RAJESUS

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
IDADE: 30 ANOS NASC: 15/03/1988  
ENDRECO: POV MASARADUBA  
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: Z R  
MUNICIPIO: CARIRA  
NOME PAI/MAE: JOAO PAIXAO DOS SANTOS UF: SE CEP: 49550-  
PERMANECER: O PAI. PERDERAM A PRIMEIRA F DE ENTRADA /JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
PREVINCIA: CARIRA - SE TEL: NAO SC  
ACIDENTE: ACIDENTE MOTOCICLISTICO INF  
POLICIAL: NAO  
TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X

mmHg ]

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

PESO: [ ]

COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] SANGUE

[ ] URINA

[ ] TC

[ ] LIQUOR

[ ] ECG

[ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSCITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

HISTORICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICAC.

DATA DA SAIDA:

[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] SAIR NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[X] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[ ] DESISTENCIA

PREVINCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA

[ ] IML

[ ] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 536360

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES  
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
30 ANOS NASC: 15/03/1988  
POV MASARADUBA  
CASA BAIRRO: Z R  
CARIRA  
JOAO PAIXAO DOS SANTOS  
O PROPRIO  
CARIRA - SE  
ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
NAO  
NAO  
PLANO DE SAUDE: NAO  
VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
TRAUMA: NAO  
DOC...: 2,2  
SEXO...: MAS  
NUMERO: 0  
UF: SE CEP...: 4951  
/JOSEFA PAIXAO DOS SANTO  
TEL...: 073

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ]  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRA

DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

CLINICOS:

Paciente refere queda de Moto.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05

A= vias aéreas pervess  
B= expansibilidade preservada  
C= escoriações ao longo do corpo  
D= Glasgow 15, PFR, MMII movimentos ativos,  
E= possível fratura de escápula + E.  
antes do acidente  
diminuição por dor intensa no ombro + E.  
de 1000 - alcool  
A queda de moto e exposte.

ANAMNESE:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIC

1) SRL 500mg EV 500 04:20  
2) Morfina 1mg/ml AD 200 04:20  
3) Realizar adun de 4ml  
4) Radiografias: ombro, sub braço e punho + E + Tórax PA/P

SAIDA:

DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA  
NAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

PREVENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. F

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto Cruz  
Tecn. em Radiologia Médica  
CRM 150473 RJ

Protocolo  
21-05-18  
6164803  
5064817

2) Avaliação de Ortopedia  
3) Alta Hospitalar  
de Cirurgia



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO  
=====

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 22607  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
Documento.....: 2,224,0110                      Tipo :  
Data de Nascimento: 15/03/1988                      Idade: 30 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: JOAO PAIXAO DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
Endereco.....: POV MASARADUBA 0 CASA  
Bairro.....: Z R                                      Cep.: 49550-000  
Telefone.....: 079998524375  
Município.....: 2801405 - - SE  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                      No. do BE: 574616  
Clinica.....: 100 - ENF "A" ADULTO - CIRURG  
Leito.....: 999.1146  
Data da Internacao: 18/09/2018  
Hora da Internacao: 06:35  
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador..: MLROSA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:  
Dt.Hr Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

### Solicitação de Ré - Análise

Eu Wenester Paixão Dos Santos portador do RG 22240110 CPF 028.320.505-90 residente na Rua B Nº 100 Bairro Centro Cidade Carima -SE, Cep: 49550-000 venho pelo presente instrumento solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois so foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro ,enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR sinto muitas dores horríveis não trabalho, fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 20/03/2019

X Wenester Paixão dos Santos

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

TESTEMUNHAS:

Valdiléide Oliveira Rosa

Barbara Rosa Magalhães



N Controle: 3737767/2018

## Laudo de Ecg

**Unidade:** Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho - Itabaiana - SE

**Hora Chegada:** 08:12

**Hora Saida:** 08:19

**Paciente:** WENESTER PAIXÃO DOS SANTOS

**Idade:** 30

**Médico:** Dr. Luiz César D. Nascimento

**Data Exame:** 11/09/2018

**Registro do Traçado:** 02

**Ritmo:** Sinusal

**Frequência Cardíaca:** 68 bpm

**SÂQRS:** 60°

**Conclusão:** Arritmia sinusal

Dr. Luiz Cesar D. Nascimento  
Cardiologia – CRM 3445

Salvador/Bahia, 11 Setembro 2018

Assinatura Eletrônica





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da Saúde

LAB.

# 1ª SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - DOC

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

44 - CNIE DA EMPRESA

45 - CBOR

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Ana Jovina Barreto  
Médica Auditor  
CRA-177.1

261610168002-0

|                                                                                                                 |                                |                                        |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| O E M280290001                                                                                                  | ESFERA PRIVADO                 | APRESENTAÇÃO: 11/2018                  | PAG. DATA 04/0                                    |
| Num AIH : 281810169993-0                                                                                        | Situação : EXPORTADA           | Tipo : 01-INICIAL                      | Apresentação : 11/2018 Data Autorização: 18/09/12 |
| Especialidade : 01 - CIRURGICO                                                                                  | Orgão Emissor : M280290001     | CRC: 0590250BDB                        |                                                   |
| Doc autorizador : 708005893323025                                                                               | Doc med resp : 980016294313703 | Doc diretor clínico : 980016278353224  | Doc médico solíc : 120366579250                   |
| CNES : 2477661 - HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO                                                          |                                |                                        | CNS : 708708105712                                |
| Paciente : WENESTER PAIXAO DOS SANTOS                                                                           |                                |                                        | Prontuário : 101822607                            |
| Data Nasc. : 15/03/1988                                                                                         | Sexo : MASCULINO               | Nacionalidade : 010 - BRASIL           | Tipo Doc. : Identidade Doc : 22240110             |
| Responsável pac. : JOAO PAIXAO DOS SANTOS                                                                       |                                | Nome da Mãe : JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS |                                                   |
| Endereço : SÍTIO MASSARANDIUBA 01 Bairro: CENTRO                                                                | Raça/Cor: 99-SEM INFORMAÇÃO    | Etnia: 0000-NAO SE APLICA              |                                                   |
| Município : 280140 - CARIRA                                                                                     | UF : SE CEP : 48550-000        | Telefone : (79)9995-54375              | Muda Proc.                                        |
| Procedimento solicitado : 04.08.01.016-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR |                                |                                        |                                                   |
| Procedimento principal : 04.08.01.016-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR  |                                |                                        |                                                   |
| Diag. principal : S431-LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR                                                 |                                |                                        |                                                   |
| Complementar :                                                                                                  |                                |                                        | Diag. secundário :                                |
| Carater atendimento : 02 - URGENCIA                                                                             |                                |                                        | Causa Óbito :                                     |
| Data internação : 18/09/2018                                                                                    | Data saída : 19/09/2016        | Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO        | Modalidade : HOSPITALA                            |
| Liberação SISAIH01 :                                                                                            |                                | AIH Anterior :                         | AIH Posterior :                                   |
| [ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]                                                                     |                                |                                        |                                                   |
| CNPJ do Empregador :                                                                                            |                                | CNAER : -                              |                                                   |
| Vínculo Previdência :                                                                                           |                                | CBOR : -                               |                                                   |

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

| Linha | Procedimento | Documento       | CBO       | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ | Qtde | Cmpst   | Descrição                         |
|-------|--------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|------|---------|-----------------------------------|
| 1     | 0408010185   | 980016000832767 | 225270(1) | 2477661   | 2477661         | 1    | 09/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / |
| 2     | 0408010185   | 980016280527412 | 225151(5) | 2477661   | 2477661         | 1    | 09/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / |
| 3     | 02040400^0   |                 |           | 2477661   | 2477661         | 4    | 09/2018 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA          |

**CID SECUNDARIO**

| Cid  | Característica | Descrição                                        |
|------|----------------|--------------------------------------------------|
| W199 | PREEXISTENTE   | QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO |

| Número de Nascidos | Número de Saídas           | Nº Pré-Natal: |
|--------------------|----------------------------|---------------|
| Vivos : Mortos :   | Altas : Transf. : Óbitos : |               |

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL



