

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908727220201116152653**Processo 0828126-83.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces ↑ Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros ↑ Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					
8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8 500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	8	16/11/2020 15:26:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
	8.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765575CONTESTACAO01.pdf	Público
	8.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2765575CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
	8.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	7	09/11/2020 11:40:44	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS (05/11/2020)	Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário	
<input type="checkbox"/>	6	05/11/2020 20:35:22	DETERMINAÇÃO DE DILIGÊNCIAS	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado	
	5	30/10/2020 11:31:52	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
	4	30/10/2020 11:31:52	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
	3	30/10/2020 11:31:52	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
	2	30/10/2020 11:31:52	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/>	1	30/10/2020 11:31:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado	



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

Processo: 08281268320208230010

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 **JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL**, 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 **15/05/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/08/2020**.

Cumprido 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 indenitória 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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante análise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.

1. "A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante

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

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

que na petição esteja ou não grafado o seu nome" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).

2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.

3. "A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).

AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandado.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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.

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

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

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável 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 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 **15/05/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de 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 parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

⁴ 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.

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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)**.

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 citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

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

⁷ **art.**

1º

(...)

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de novembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08281268320208230010.

Rio de Janeiro, 13 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200302726

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Data do Acidente: 15/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) **INVÁLIDEZ PERMANENTE** MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 467.814.472-20 4 - Nome completo da vítima: Jose Roberto Araujo Raiol

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

5 - Nome completo: Jose Roberto Araujo Raiol 6 - CPF: 467.814.472-20

7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: R. Caubi Brasil, Mogalhas 2382 9 - Número: 5332 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Senador HC 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-518

15 - E-mail: blairvo@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 98404-5368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 46387 - 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 29/10/2020

Jose Roberto Araujo Raiol

DADOS CADASTRAIS

INVÁLIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 9083/2020 - Registrado em: 18/08/2020 às 11h 38min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 15/05/2020 às 17h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: DOS IMIGRANTES

Nº: S/N

CEP:

Bairro: ASA BRANCA

Tipo de local:

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL (44), nascido(a) em 14/04/1976, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de AÇOUGUEIRO, CPF Nº 467.814.472-20, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO e RAIMUNDO MARTINS RAIOL, endereço: CAUBI BRASIL MAGALHÃES, cep: 69316-518, Nº: 1332 Q 382, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, Telefone: .

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR125 FACTOR ED, ANO: 2013/2014, COR AZUL, PLACA: NAP8625, DE SUA PROPRIEDADE, NO ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA CITADOS, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO UM OUTRO VEICULO INVADIU SUA PREFERENCIAL E O ATINGIU BRUSCAMENTE, COM O IMPACTO VEIO A CAIR SOFRENDO TRAUMA EM SEU PÉ.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
COMUNICANTE



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0059933-6

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

Nº DA NOTA FISCAL 5790031 FCAM*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	367	315,46

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
CPF: 00046781447220
R. CAUBI BRASIL MAGALHAES 1332 Q 382 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-518 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	13/08/2020	Anterior:	15/07/2020
Emissão:	12/08/2020	Apresentação:	13/08/2020
		Próxima leitura:	14/09/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11EDB06877	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	46648							
Leit. Anterior	46281							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	367							
Faturado:	367							

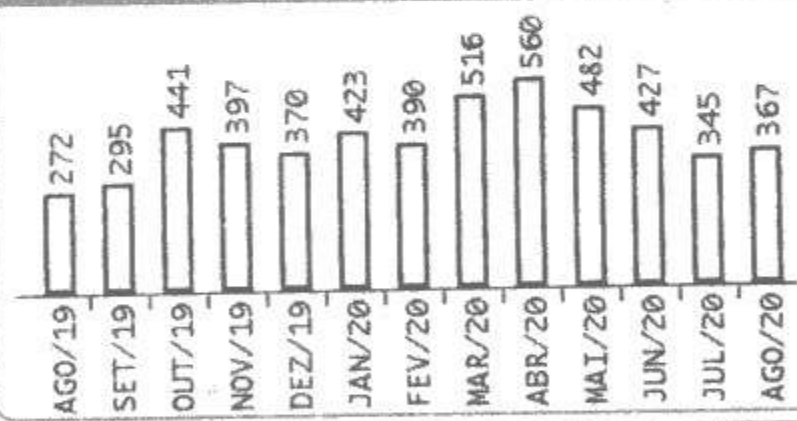
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	367 A R\$ 0,786015 =	288,46
		27,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 367 - 0,617770

Média 12 meses: 409

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 12/08/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0DA9.7A11.4F50.A7A3.8047.2707.AAAA.11CD

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Energia:	151,71
Distribuição:	66,44
Transmissão:	0,00
Encargos:	8,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	8,85	17,70	35,40
Realizado	5,17		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual
	8,46	16,03	33,84



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
1089170MÊS
05/2020TOTAL A PAGAR
R\$ 554,71

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT/MAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO ALBUQUERQUE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PLASTIFICAR
51096

750009.000000001081.917005200055



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Glair Imácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Roberto Araújo Raíel inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 20

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Roberto Araújo Raíel

inscrito (a) no CPF sob o Nº 467.814.472 / 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento:
Bairro: <u>Bea Vista</u>	Cidade: <u>Bea Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIERRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u>

Local e Data: Bea Vista - RR, 21/07/2020

Assinatura do Declarante

D



2020

67 S W

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL 4467

HOSPITAL CORONEL MOTA



31/07/2020

Ana Quezia



LOTTY IRIS PAIOS-X
DOSE ROBERTO ARAUJO R DATA: 09/06/2020 8:45
TEC: PAIVA P: 73491 ID: 044 SEX: M

D



PHILIPPIAN UNIVERSITY
DPA LUTRELLUTSEW BOUNCH RA LASSAL/2020/09/06/2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JOSÉ ROBERTO ARAÚJO RAIOL 44 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 08/06/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX MULTIPLA DE MTT D + LUX DE LISFRANC E NO DIA
08/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE + REDUÇÃO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR LEONARDO E P/ DR DR VITOR PARACAT
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 09/06/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR LEONARDO.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NÃO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO;
3. **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ILDENSON

terça-feira, 9 de junho de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Dr. Luel do Santos da Silva
Ortopedia e Traumatologia

Boa Vista



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

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

2001242400 15/05/2020 17:50:16 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 8

Paciente: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
Data Nascimento: 14/04/1976 Idade: 44 A 1 M 1 D
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: PAZ Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL Pai: Contato: (95) 99137-9060
Endereço: RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:
Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: AURELIANO.ALEXANDRE

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Cotiledão com dor

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
paciente trazido pelo bombeiro sobre dor de
costado, dor de cabeça, dor de ouvido de ouvido

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica
trauma de abdômen

SADT - Exames Complementares
 RAIOS-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Dipirona 500mg</i>		
<i>Paracetamol 500mg</i>		
<i>10/30</i>		

Aureliano J. H. Pérez
CRM/1554RR / RQE: 176
Cirurgia Geral

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em pé (D)

há evidência de fratura proximal em 5º MTT (D).

AO EXAME: DOR e EDÊMA em pé (D), S/ sinais de lesão neuromuscular. Lesão contusa em região posterior do pé (D) + lesões.

CD: - CURATIVO + RELEITA

- TALA-BOTA

- ALTA . A PARTIR DO ANULÁRIO

Dr. Lael dos Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08/08/20 O.S. _____

José Roberto Abid.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Lx lisfranc e Fx 32 e 4-MTT

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: AO art jo Lx lisfranc e múltiplos MTT

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo 1º AUXILIAR: Dr. Vitor Borocot

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Ubirajara ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

Dr. Roberto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 17157 RQE 044

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob plano anestésico
- 2) Assupção - Antisséptico
- 3) Redução incrementos + fixação de 5- MTT no art. de lisfranc e 2 fios K 20
- 4) Acesso dorsal em pt - divulsões por planos e fixação de 2 e 3- MTT e 2 fios K 1,5.
- 5) Revisão radiológica +
- 6) Sutura
- 7) Curativo
- 8) RPA



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

1ª Classificação

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.:

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.:

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.:

2001248560 08/06/2020 07:59:59 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 1

Paciente **JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL** Data Nascimento **14/04/1976** Idade **44 A 1 M 24 D** CNS CPF Prontuário

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

IDENTIDADE **M** **PARDA** **BOA VISTA - RR** **BRASILEIRA**

Mãe **RAIMUNDA DE ARAUJO RAIOL** Pai Contato **(95) 99137-9060** Ocupação

Endereço **RUA - CAUBI BRASIL DE MAGALHAES - 1332 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **ADAO**

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Fr 2,3x H=MTT + Lis fovec.
Ao GT - supor por CC

Exame Físico *Dr. Leonardo Rabelo*
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715 / RQE 814

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revella Internação
 Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 08/06/2020 08:02:17



2001248560



JOSE ROBERTO ARAUJO RAUOL

44. 28/06/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

NÃO HOUVE

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
AGENTES	N 20	[Grid with handwritten wave patterns]											
	02	[Grid with handwritten wave patterns]											
LÍQUIDOS VENOSOS	A	[Grid with handwritten 'X' marks]											
	V	[Grid with handwritten 'X' marks]											
DA	°C	[Grid with handwritten temperature values: 40, 38, 36, 34, 32, 30]											
	X	[Grid with handwritten values]											
ULSO	38	[Grid with handwritten values]											
	36	[Grid with handwritten values]											
ANES	34	[Grid with handwritten values]											
	X	[Grid with handwritten values]											
OP	32	[Grid with handwritten values]											
	30	[Grid with handwritten values]											
TEMP	120	[Grid with handwritten values]											
	100	[Grid with handwritten values]											
ASPIR.	80	[Grid with handwritten values]											
	60	[Grid with handwritten values]											
RESP	40	[Grid with handwritten values]											
	20	[Grid with handwritten values]											
	Export	[Grid with handwritten values]											
	Assist	[Grid with handwritten values]											
	Contro	[Grid with handwritten values]											

SÍMBOLOS

54
[Symbol]

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A fentanil	100mcg	RAUOLAN ANESTESIA PARA MEDI-	X - CHECK LIST ANEST. OK MONITOR: SpO ₂ , FC, PAW 2, FCG. ① AUP ② CN D ₂ 20/min ③ Scopolin + fentanil 100mcg Midazolam 5mg ④ O racema 1g IV. ⑤ RAUOL - BUPROPRIONA 15mg HEPARINA ⑥ DEXIPROPRIONA 0.5g IV ⑦ Torazem 40mg IV ⑧ [Symbol]
B Midazolam	5mg	ANA @ LARGAR SIMPLES	
C Bupivacaína	15mg	"TÉCNICA ASIÁTICA 4kg	
D		Cr. Agulha 27G de Quinck	
E		Vent. Plonda espontânea	
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica NÃO HOUVE	
SF 0.9% 750ml		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		8:40 - 9:50h. (1:10h)	

OPERAÇÃO	Lutação de PE ①	Lariangi - Espasmo - Etc. Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
----------	-----------------	---	---

ANESTESIA	DR. Ubirajara + RAUOL	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
			DR. Vitor Paracel	COMPATÍVEL

ESTADO DE RORAIMA
MÉDICO
CRM-RR 1022



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

(114)

DATA: 31.6.20
PACIENTE: Roberto A. Reis DN: 144.76
DIAGNÓSTICOS: fratura exposta

- 1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____
- 2- PACIENTE: ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR
- 3- DIETA: VIA ORAL () SNE () OUTRA _____
- 4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____
- 5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____
- 6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____
- 7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: ____:____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Ceftriaxona + Sulfametoxazol

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Paciente operado dia 30/6/20

Boa Vista, 8 de junho de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
HC () HLI () HMI () OUTRO _____



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

Nome: Dr. Roberto Anselmo Baid

Data de Nasc: 14/04/1966 Idade: 34 Setor/Leito: _____

Data: 08/05/2020

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA																																																						
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10																																																
<p>Informações:</p> <p>Jejum () Sim () Não</p> <p>Prótese () Sim () Não</p> <p>Exames () Sim () Não</p> <p>Reserva UTI () Sim () Não</p> <p>Lateralidade () Sim () Não</p> <p>PNE () Sim () Não</p> <p>Alergia () Sim () Não</p> <p>Qual: _____</p> <p>Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não</p> <p>Outros: _____</p> <p>2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado () Regular () Irregular</p> <p>3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ %</p> <p>4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admissão para cirurgia ortopédica de emergência.</u> <u>Novo cateter de</u> <u>VA's, na</u> <u>Sinalizar equívocos nos últimos 7 dias.</u> </p>	<p>08:20</p> <p>Cirurgia Realizada: <u>Obtenção de via frânica</u></p> <p>Hidratação Infundida: _____</p> <p>SF 0,9%: <u>450ml</u></p> <p>SG 5%: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>N° de Compressas oferecidas: <u>09</u></p> <p>N° de Compressas recolhidas: <u>09</u></p> <p>Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma (X) RX () Gasometria () Outros: _____ </p> <p>Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 09:05 11. TOT (X) Não () Sim N° _____ 12. SVD (X) Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____ </p> <p>Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular </p> <p>Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____</p>	<p>08:32</p> <p>Anestesia: _____</p> <p>Nome: <u>Propofol</u></p> <p>Dose: _____</p> <p>Hora: <u>16:00</u></p> <p>N° de Compressas oferecidas: <u>09</u></p> <p>N° de Compressas recolhidas: <u>09</u></p> <p>Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma (X) RX () Gasometria () Outros: _____ </p> <p>Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 09:05 11. TOT (X) Não () Sim N° _____ 12. SVD (X) Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____ </p> <p>Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular </p> <p>Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Posicionamento: _____</p> <p>Hemoderivados: _____</p> <p>CH: _____</p> <p>Plasma: _____</p> <p>Plaquetas: _____</p> <p>Anátomo Patológico: (X) Não () Sim N° Peças: _____ () Cultura () Outros: _____ </p> <p>Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 09:05 11. TOT (X) Não () Sim N° _____ 12. SVD (X) Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____ </p> <p>Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular </p> <p>Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>	<p>09:15</p> <p>Localização: _____</p> <p>1. Sonda</p> <p>2. Curativo</p> <p>3. Dreno</p> <p>4. Acesso venoso</p> <p>5. Outros: _____</p> <p>Observações: _____</p>																																																
<p align="center">BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Entrada</th> <th colspan="4">Saída</th> </tr> <tr> <th>Medicação</th> <th>CH</th> <th>SNG/Volume</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Hora</th> <th>SVD/Aspecto</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</p> <p>09:15 - Rec. ortopedico via sonda com v.e. na v.e. no momento que internamos.</p>															Entrada				Saída				Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros																																
Entrada				Saída																																																										
Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros																																																							



NOME DO PACIENTE		Idade: 44	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA
Jone Roberto Araújo Raed					03 / 06 / 2020
CIRURGIA					
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO	
Autoclavagem em PE (D)				INÍCIO	FIM
				09:10	09:40
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Leonardo		Dr. Vitor Paracet		Dr. (R3) Bruno H. D'ARCOZ	
1° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
Dr. (R3) Marcos					
2° AUXILIAR		CIRCULANTE			
Dr. (R2) Augusto		Zuleony		Orlando	
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Zapex					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 250ml	
	CATGUT SIMPLES N°		0	FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
1	MONONYLON COM AGULHA N. 1.0			ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
0	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE	
0	PÁRES DE LUVAS N° 8,5			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		7	INOVAL 20ml	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
1	AGULHAS pl Raqui			MERTHIOLATE	
7	COMPRESSAS 7x7 el 3000		7	MERCÚRIO CROMO Algodão Ortópédico	
7	LÂMINAS PARA BISTURI N. 15		200ml	Aicel 2 10%	
7	Atadura Crepom		7	Escova pl de limpeza	
SOMA				SOMA	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL	
		Juelma		MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089170	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 554,71
-------------------------	----------------	-----------------------------

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT/MAB
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
20/01/2020

1ª HABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO ALBUQUERQUE PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PLASTIFICAR
51096

750009.000000001081.917005200055





RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO

CE  **VAÍDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**
1477121389

NOME JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSORA 2689636 SSP PA
DATA DO BORNAMENTO 14/04/1976
CPF 467.814.472-20

FRAÇÃO RAIMUNDO MARTINS RAIOL
RAIMUNDA DIAS DE ARAUJO

PERMISSÃO ACC **CAT. HAB.** AB
VALIDADE 25/07/2022 **1ª HABILITACÃO** 17/06/2002

Nº REGISTRO 02422833701

OBSERVAÇÕES

Jose Roberto Araujo Raiol
ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO 27/07/2017
56695015007
RR209326913

LOCAL BOA VISTA, RR
ASSINATURA DO EMISSOR ANTONIO FRANCISCO BEBERBA MARQUES
DIR. TOR. PRESIDENTE INTERINO DETRAN-RR

RORAIMA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1477121389

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200302726 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL **Data do acidente:** 15/05/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO (LISFRANC)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P7 P8 P12)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P2

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Jose Roberto Araujo Raiol

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: Açougueiro

IDENTIDADE: 2689636 SSP/PA

ENDEREÇO: Rua. Caubi Brasil Magalhães, 1332 Q 382-5HC.

OUTORGADO

NOME: Ilair Inacio de Souza

NACIONALIDADE: brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 134.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua. Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 15/05/2020 cobertura Invalidez, vítima:

Jose Roberto Araujo Raiol

Jose Roberto Araujo Raiol

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 20 DE Agosto /2020.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237487/20

Vítima: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF: 467.814.472-20

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 15/05/2020

Titular do CPF: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL : 467.814.472-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL
CPF: 467.814.472-20

JOSE ROBERTO ARAUJO RAIOL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO