

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:
2926194820201202174239

Processo 0828222-98.2020.8.23.0010 ☆ - (30 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9996 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar
Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem
Arquivo

☐ Hab.
Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág.

1

Seq.

Data

Evento

Movimentado Por



9

02/12/2020 17:42:39

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

9.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2766516CONTESTACAO01.pdf

Público

9.2 Arquivo: DOCS

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2766516CONTESTACAOAnexo02.pdf

Público

9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

KITSEGURADORALIDER.pdf

Público

LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA

Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 19/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE

Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis

GEORGIA NAIADE ELUAN
PERONICO
Analista Judiciária
DANIEL DAMASCENO AMORIM
DOUGLAS

CONCEDIDO O PEDIDO

Magistrado

CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

SISTEMA CNJ

RECEBIDOS OS AUTOS

SISTEMA CNJ

REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

SISTEMA CNJ

Registro de Distribuição

DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

SISTEMA CNJ

5ª Vara Cível

JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

VICTÓRIA FRACALOSSY DE MELO
Advogado



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

Processo: 08282229820208230010

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 **ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA**, 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 **27/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/10/2019**.

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.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/10/2019**. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 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 a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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.

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, 30 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 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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08282229820208230010.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1747870879

NOME
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO



DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR/UF
488049 SSP RO

CPF
421.026.772-49

DATA NASCIMENTO
15/01/1972

PRIMAÇÃO
JUNELSON FRACALOSSI

MARIA ANNA FRACALOSSI

PERMISSÃO
AUC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
02798991920

VALIDADE
04/12/2023

1ª HABILITAÇÃO
17/02/1993

OBSERVAÇÕES

Tania Helena de Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1747870879

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO BENEIRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
CATALAN RR

48826851446
RR209948547

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
 122644 SSP RJ

CPF
 311.623.632-15

DATA NASCIMENTO
 10/12/1966

PLACAO
 NOME EM BRANCO
 MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PERMISSAO
 ACC
 CAT. HAB.
 AD

Nº REGISTRO
 04889791399

VALIDADE
 24/09/2019

1ª HABILITACAO
 01/03/2010

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Antonio Braga de Oliveira

LOCAL
 BOA VISTA - ROBAIMA

DATA DE EMISSAO
 11/12/2014

49562491378
 RR207725659

Assinatura do Emissor: Antonio Braga de Oliveira
 Diretor - Provisoria
 DETRAN RJ

909981959

VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL

PARTIDAS PLASTIFICADAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200226582 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO POLEGAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR ESQUERDO.

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 MODERADA DO POLEGAR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 06, 07 E 20.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Antonio Braga de Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO:
CPF: 311.623.632-15
BAIRRO: Caracas
CEP: 68.313-618
ESTADO CIVIL: casado
RG: 12.26.64
ENDEREÇO: Av. Lapa Curba
CIDADE: Boa Vista

VÍTIMA:

DATA DO SINISTRO: 27/10/2019

CPF:

NATUREZA:

OUTORGADA :

NOME: Tânia Helena Fracalossi de Melo
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: casada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 488049
DATA DE EMISSÃO: 09/07/92
Nº CPF: 121.026.772-49
ENDEREÇO: R: Antônio Augusto Martins, nº 347
ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RO

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Acidente, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTADOR
AV. VILLE ROY Nº 504 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (067) 3034-6097 - XTENDIMENTOCARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(ANTÔNIO) - ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LG Em testemunho da verdade Boa Vista, 28/11/2019
Emol: 7,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Vlr: 8,91
Selo: REC FIR 15834523 VDPNTSV616WY72 Nº Ticket: 00438
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 31162363215

Dr. Joziel Loureiro
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Contador 8 - Endereço: Av. Jabi Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Carandá 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 95199118-4505

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 1352 CONTA: 11448
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a 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

Assinatura digital do titular 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, 30/07/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO : 421.026.772-49

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

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

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: 24/06/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/06/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175281/20

Número do Sinistro: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 311.623.632-15

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA : 311.623.632-15

Autorização de pagamento

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: 10/07/2020
Nome: TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
CPF: 421.026.772-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000011448-0

Autenticação:

2D033B04A9907FD32C9D529B3495BE7637B68365FAE0249FCDC6F2C9F2AC8169

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200226582

Vítima: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000011448-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 495.922.112-72 4 - Nome completo da vítima: Francisco de Assis S. Barbosa

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

5 - Nome completo: Francisco de Assis S. Barbosa 6 - CPF: 495.922.112-72
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: R: São João Batista 9 - Número: 481 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Cinturão Verde 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-389
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (95)99176-5649

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: 0653 CONTA: 33921 1
(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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Cw: Jaba Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: Carre
11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Bom Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: (95) 99118.4505 16 - Tel.(DDD): (95) 99118.4505

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: 33009 1
(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 INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairnascido)? ☐ 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, Bom Vista, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio H. P. Melo
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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: 5242997

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

AV SABA CUNHA, 550 ,

CARANA

69313618 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
313025	05/2020	23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
292	15-JUN-20	R\$ 255,76

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
313025	05/2020	R\$ 255,76

836600000027.557600750003.000000000315.302505200055





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/10/2019 21:05 Data/Hora Fim: 27/10/2019 21:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 0690012 Data: 27/10/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 19:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Asa Branca

Logradouro: Av. Ataíde Teive c/ Av. Imigrantes

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CHARLES DIAS DOS SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 41 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Sem Informação

Nome do Pai: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA JORGE FRAXE

Bairro: Caimbé

Nº: 1051

Nome Civil: ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 10/12/1966

Idade: 53 anos

Naturalidade: MA - Vitória do

Profissão: Vigilante

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Manoela Braga de Oliveira

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.623.632-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Bairro: Caranã

Nº: 550

Nome Civil: CARLOS RIAN LIMA BRAGA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade:

Profissão: Estudante





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 122664

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Sabá Cunha

Bairro: Caranã

Nº: 550

Nome Civil: JENESSIS FIGUERA JOSÉ GONZALEZ (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana

Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Princesa Isabel

Bairro: Santa Tereza

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 311.623.632-15

Renavam 01107511132

Número do Chassi 9C2KD0810HR410839

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/01/2017

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAO5391

Número do Motor KD08E1H410845

Ano/Modelo Fabricação 2017/2016

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Antonio Braga de Oliveira

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Outros Meios de Transporte

Fabricação Nacional

Subgrupo Bicicleta

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Jenesis Figuera José Gonzalez

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Compareceu neste Distrito Policial, uma Guarnição da Polícia Militar, para apresentar o ROP/PM: 0690012 SÉRIE J, relatando uma ocorrência de acidente de trânsito, conforme relato a seguir:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01 (Antônio), que conduzia a motocicleta Honda Bros, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 (Carlos) na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 (Jenesis) que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 (Antônio) e 03 (Jenesis) apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 (Antônio) ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65, Cinturão verde. A bicicleta do item 03 (Jenesis) ficou aos cuidados da senhora Jeniffer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis. Era o que tinha a relatar.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037546/2019

ASSINATURAS

Eraldo Pereira Maia

Agente de Polícia
Matrícula 42000183

Responsável pelo Atendimento

DAT
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA. 07/01/2020
ASSINATURA

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Vtr 137	SUCp 1ºBPM	Data 27/10/2019	S/Setor LESTE	H/Transm	H/ini 19:23	CH/H 19:29	H/Fir 21:10
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13023/13999		Cód. Ser. Prest.		Km/ini 139.570	Km/Fin 139.576

LOCAL DE OCORRÊNCIA

LOCAL Avenida Ataíde Teive c/ Avenida Imigrantes. Bairro: Asa Branca

Refe.: _____

PESSOAS RELACIONADAS

1 Envolvido	Nome: <u>Antônio Braga de Oliveira.</u>	Idade: <u>53</u>	E. Civil: <u>Casado</u>
Endereço: <u>Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.</u>			
Edt. R.G	<u>122.664-RR</u>	CNH	<u>04889791299</u>
CPF		Profissão:	<u>Porteiro</u>
TEL			
2 Envolvido	Nome: <u>Carlos Rian Lima Braga.</u>	Idade: <u>18</u>	E. Civil: <u>Solteiro</u>
Endereço: <u>Avenida Sabá Cunha, 550 – Caraná.</u>			
Edt. R.G	<u>442368-2-RR</u>	CNH	
CPF		Profissão:	<u>Estudante</u>
TEL			
3 Envolvido	Nome: <u>Jenesis Figuera José Gonzales.</u>	Idade: <u>31</u>	E. Civil: <u>Casada</u>
Endereço: <u>Avenida Princesa Isabel – Santa Tereza. (Não soube informar o numero da residência)</u>			
Edt. R.G		CNH	
CPF		Profissão:	<u>Autônoma.</u>
TEL <u>95 98409-0697</u>			

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):

ASSINATURA [Assinatura] CARGO Pol. Pol. C. 1ª LOCAL 2º DP

HISTORICO

Senhor (a) Delegado (a) do 2º Dp:

Informo que Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito no local supracitado. No local, o referido acidente envolveu uma motocicleta e uma bicicleta. Segundo o item 01, que conduzia a motocicleta Honda Brós, placa NÃO-5391, juntamente com o item 02 na garupa, disse que conduzia sua motocicleta na Avenida dos imigrantes e que ao passar pelo cruzamento (sinal aberto) com a Avenida Ataíde Teive bateu no item 03 que trafegava numa bicicleta no sentido contrario da Avenida Ataíde Teive. Todos os envolvidos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros e também pelo Samu até o HGR. Os itens 01 e 03 apresentavam escoriações pelo corpo e o item 02 com uma possível fratura na perna direita. A motocicleta do item 01 ficou aos cuidados do senhor Antônio Natal Nogueira da Cruz (amigo), RG 4656466-RR, CNH 02213459016, endereço: Rua São Matheus, 65 – Cinturão verde. A bicicleta do item 03 ficou aos cuidados da senhora Jennifer Rodriguez, cédula 25568425; endereço: Rua Raimundo Filgueiras, 1338- Buritis.

Era o que tinha a relatar.

CHARLES DIAS DOS SANTOS

41.150-7

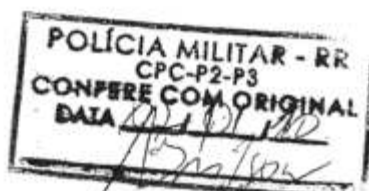
CADASTRO

AL SGT PM

Posto/Graduação

1º BPM/CPC

SUOp



Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0653 CONTA: 33921

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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, 10/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200 226582 3 - CPF da vítima: 311.623.632-15 4 - Nome completo da vítima: Antônio Braga de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Braga de Oliveira 6 - CPF: 311.623.632-15
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: Av. Jaba Cunha 9 - Número: 550 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Carana 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-618
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 99118-4505

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: 33009

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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, 06/07/2020

Antônio Braga de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF: 000.000.000-00



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0031302-5

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gue Barret, 681 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.343.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003093169
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	15/11/2019	335	252,15

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

CPF: 00031162363215

RUA SARA CURIA 559 CURIA

END: 69.312-518 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 335	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 0	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESID. BAIXA RENDA
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: RL
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TUB1738035
Consumo medido: 335	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 335	K: 7,001.15,05,44(1,00)	Modalidade: COMERCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86	
	70 A R\$ 0,449385 =	31,45	
	120 A R\$ 0,674084 =	80,89	
	115 A R\$ 0,748975 =	86,13	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-	49,81	
RELIÇÃO			10,82
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00			0,05
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00			0,48
MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00			1,53
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00			0,42
MULTA POR ATRASO 07/19-00			0,95
JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00			0,20
ILUMINAÇÃO PÚBLICA			25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,217588

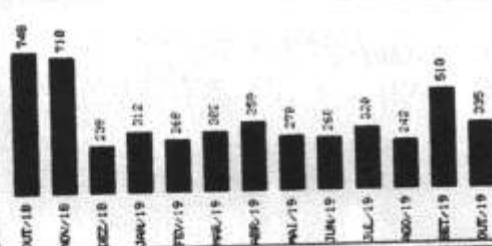
31 A 100 - 0,372998

101 A 220 - 0,559490

221 A 335 - 0,621650

Média 12 meses: 279

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 387,86 Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 163,36 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsidar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26



Nº da Conta: 0367721053
Mês de referência: 09/2019
Período: 06/08/2019 a 05/09/2019
Data de emissão: 08/09/2019

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

Vencimento
21/09/2019

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Dânia Helena Lucena de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772, 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Braga de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632/15

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Antônio Braga de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 311.623.632/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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>R: Antônio Augusto Martins</u>	Número: <u>347</u>	Complemento: <u>Caras</u>
Bairro: <u>João Francisco</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	CEP: <u>69.905-270</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 99.39.8405</u>

Local e Data: Boa Vista, 10/09/2020

Dânia H. L. de Melo

Assinatura do Declarante

27/10/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



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

1ª Classificação

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 26

1901179099 27/10/2019 20:16:52 Data Nascimento 10/12/1966 Idade 52 A 10 M 17 D CNS 705006411262751 CPF 31162363215 Prontuário

Paciente ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA Estado Civil Solteiro(A) Parda Raça/Cor VITÓRIA DO MEARIM BRASILEIRA Nacionalidade

Tipo Doc IDENTIDADE 122664 Documento SSP/ RR 03/11/1997 M Sexo Pai ND Contato (95) 99118-4505 Ocupação

Mãe MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

Endereço AVENIDA - SABA CUNHA - 664 - CARANA - BOA VISTA - RR

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

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Passo Pressão

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada RESGATE Procedimento Sol. Registrado por: ELIENE

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

Anamnese de Enfermagem GSC AO: 1234.RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14h) Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão motora e fratura de fêmur do membro inferior direito.

Exame Físico Dor / edema / restrição do movimento em punho / mão direita e Joelho direito.

Hipótese Diagnóstica Trauma fechado

SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Diclofenaco 150mg ☒ 2) Paracetamol 500mg ☒ 3) Curativo

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

CONDIÇÃO

Condição Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ortopedia

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

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: eliene Data Hora: 27/10/2019 20:17:54

1ª Febril FRANCA Arteriosclerose Idem. Mx 0108601378

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

1901179099

Cx 29

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE , 99999-999 , BOA VISTA , RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

Fatura Hospitalar - 00032539

Nome do Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		Data de Nascimento 10/12/1966		Sexo Masculino	
Endereço SABA CUNHA		Número 550			
Complemento CASA		Bairro CARANÁ			
CEP 69313-618	Município BOA VISTA			UF RR	
Telefone 9591184505	CPF 31162363215	Identidade 122664	Orgão Emissor SSP	UF RR	
Responsável			Prontuário 00008126		

Convênio UNIMED INTERCAMBIO		Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF			
Guia 4024385	Matricula	Senha 4154264	Dt. Início 06/11/2019	Dt. Fim 07/11/2019	
Observação					
Atendimento 00015785	CID	Leito 000041	Dt. Entrada 06/11/2019	Hr. Entrada 17:42	Dt. Saída 07/11/2019
				Hr. Saída 16:00	

Procedimento
Equipe MÉDICO RESPONSÁVEL

Descrição	Total R\$
DIARIAS - BLOCO E	450,00
	450,00
GASES MEDICINAIS - CENTRO CIRURGICO	46,08
	46,08
TAXAS DIVERSAS - CENTRO CIRURGICO	765,55
	765,55
MEDICAMENTOS - BLOCO E	113,99
CENTRO CIRURGICO	445,48
	559,47
MATERIAIS - BLOCO E	46,27
CENTRO CIRURGICO	110,22
	156,49
Total da Fatura	1.977,59

Ray Saraiva
Enfermeiro Auditor
COREN-RR 470126
UNIMEDFAMA

CONFERE COM ORIGINAL

TERMO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/11/2019

HORA: 17:42

USUÁRIO: LEVY BRITO

Atendimento: 00015785

PRONTUÁRIO: 00008126

LEITO: E03

DADOS DO PACIENTE:

NOME: ANTONIO BRAGA OLIVEIRA

SEXO: Masculino

DOCUMENTO:

PAI:

RELIGIÃO:

CELULAR: 95991184505

TELEFONE: 9591184505

ENDEREÇO: SABA CUNHA, 550

BAIRRO: CARANÁ

CIDADE: BOA VISTA

RESPONSÁVEL:

CPF DO RESP.:

RG DO RESP.:

TEL. DO RESP.:

DATA DE NASC.: 10/12/1966 52 a 11 m 1 d

CPF: 31162363215

NACIONALIDADE:

MÃE: MANOELA BRAGA DE OLIVEIRA

PROFISSÃO: OUTROS

CONVÊNIO: UNIMED INTERCAMBIO I

MATRÍCULA: 8650001129356004

GUIA:

SENHA:

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO

CRM: 1047

ESPECIALIDADE:

TIPO DE INTERNAÇÃO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALA

OBSERVAÇÃO: N Tinha Art Disponível.

ATESTO QUE NO ATO DA INTERNAÇÃO RECEBI ORIENTAÇÕES SOBRE O REGULAMENTO INTERNO DO HOSPITAL UNIMED PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES. E QUE DAREI CIÊNCIA ÀS NORMATIVAS NELE CONTIDAS, ME COMPROMETENDO A LER E A CUMPRIR A TODAS AS NORMAS QUE O HOSPITAL ESTABELECE.

ACOMPANHANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

CONFERE COM ORIGINAL

1-Registro ANS 313971	3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385	4-Data da Autorização 07-11-2019	5-Senha 4154264	6-Data Validade Senha 06-01-2020
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 865 0001129356004	8-Validade da Carteira 31/10/2021	9-Atendimento de RN N		11-Número Cartão Nacional de Saúde
10-Nome ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA				
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora / CNPJ 1360082	13-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES COOPERAT			
14-Nome do Profissional Solicitante BRUNO FIGUEIREDO	15-Conselho Profissional CRM	16-Número Conselho 1047	17-UF 14	18-Código CBO 225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora/CNPJ 1360082	20-Nome do Contratado FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA - FEDERAÇÃO DAS			21-Data Sugerida 06/11/19
22-Caráter do Atendimento 2 1-Eletiva 2-Urgência/Emergência	23-Tipo de Internação 2 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			
24-Regime de Internação 1 1-Hospitalar 2-Hospital-dia 3-Domiciliar	25-Qtde. Diárias 1	26-Previsão Uso N	27-Previsão Uso de Quimioterapia N	
28-Indicação Clínica Paciente com luxação no pelega esquerdo com muita dor necessitando internar para procedimento de emergência.				
29-CID 10 Principal	30-CID 10 (2)	31-CID 10 (3)	32-CID 10 (4)	33-Indicação de Acidente 2 0-Trabalho 1-Trânsito 2-Outros 9-Não
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Cód do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde	38-Qtde. Status
22	30722438	Fraturas e/ou luxações de falanges	1	
22	30722551	Plastica ungueal	1	
18	60000635	DIÁRIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO	1	
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão 06/11/2019	40-Qtde. Diárias Autorizadas	41-Tipo da Acomodação Autorizada		
42-Código na Operadora/CNPJ	43-Nome do Prestador Autorizado			44-Código CNES
45-Observação				
46-Data Solicitação 06/11/19	47-Assinatura Profissional Solicitante <i>Dr. Bruno F. Santos</i>	48-Assinatura Beneficiário/Responsável <i>Antônio Braga de Oliveira</i>	49-Assinatura Responsável Autorização	
		☒ Biometria Isentada		

Dr. Bruno F. Santos
Especialista em Traumatologia
CRM 10488

CONFERE COM ORIGINAL

URGÊNCIA

1 - Registro ANS 30415-8
3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4024385
4 - Data da Autorização 07.11.2019
5 - Setor 4154264
6 - Data da Validade da Setor 06.01.2020

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 865 000 1129356 007
8 - Validade da Carteira 31.10.2021
9 - Atendimento de RN
10 - Nome Antônio Braga de Luna
11 - Carteira Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12 - Contrato Operadora HOSPITAL UNIMED
13 - Nome do Contratado HOSPITAL UNIMED
14 - Nome do Profissional Solicitante Bruno F. F. F. F.
15 - Conselho Profissional CRM
16 - Número do Conselho WWS
17 - UF RJ
18 - Código CBO

Dados do Hospital/ Local Solicitado/ Dados da Internação

19 - Código na Operadora/ CNPJ
20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado
21 - Data Sugerida para Internação
22 - Caracter do Atendimento Urgente
23 - Tipo de Internação
24 - Regime de Internação
25 - Qtd. Diárias Solicitadas
26 - Previsão de uso de OPME
27 - Previsão de uso Quimioterápico
28 - Indicação Clínica

Indicar a necessidade de internação para o paciente
e a sua urgência para a internação

Hipóteses Diagnósticas

29 - CID 10 Principal
30 - CID 10 (2)
31 - CID 10 (3)
32 - CID 10 (4)
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doenças relacionadas)

Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtd. Solic.	38 - Qtd. Aut.
01	30722438	44 Vias tele/urg p/ps	01	01
02	30722517	Medica Urgente	01	01
03	60000635		01	01
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				

URGÊNCIA

CONFERE COM ORIGINAL

Dados de Autorização

39 - Data Prevista de Admissão Hospitalar 06.11.2019
40 - Qtd. Diárias Autorizadas
41 - Tipo da Acomodação Autorizada
42 - Código na Operadora/ CNPJ Autorizado HOSPITAL UNIMED
43 - Nome do Hospital/ Local Autorizado HOSPITAL UNIMED
44 - Código CNES
45 - Observação Justificativa
46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
47 - Assinatura do Profissional Solicitante
48 - Assinatura do Responsável pela Autorização

PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| ☐ DIÁRIAS DE UTI | ☐ USO DE OXIGENADOR |
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ PRORROGAÇÃO DE INTERNAÇÃO | ☐ PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| | ☐ OUTROS |

NOME DO PACIENTE (USUÁRIO): Antonio Braga de Oliveira Nº GICH: _____

CÓDIGO DO USUÁRIO: 865-0001129356004 HOSPITAL: _____

DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

JUSTIFICATIVA:

paciente em risco de lesão ulcerosa
 devido a cl em uso
 em dentes
 com unhas
 e unhas de unhas

DATA: 08 / 11 / 18

ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA: ____/____/____

ASS. DO AUDITOR

CONFERE COM ORIGINAL

**BOLETIM OPERATÓRIO**

Nome:

Antônio Ruy de Jesus

Idade:

Data: 06 / 11 / 15 S.O.: 2

Sexo: M

Diagnóstico Pré-Operatório
Indicação Terapêutica
Tipo de Internação
Medicações e Acidentes
Diagnóstico Operatório

lesão por acidente mecânico (E) +
lesão por acidente mecânico

Cirurgião	Dr. Bruno		
1º auxiliar	Dr. Ruy		
2º auxiliar	Yuri		
3º auxiliar			
Anestesia	Dr. Ruy		
Início		Fim	
		Duração	

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

- 1) Anestesia - geral
- 2) Campos que estão
- 3) lesão mecânica (2 fraturas)
- 4) Anestesia de (uma perna) direita
- 5) curativo e imobilização

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
SBOT: TEOT 10488
RQE 503 / CRM 1047

CONFERE COM ORIGINAL

FEDERACAO DAS UNIMEDS DA AMAZONIA

AV GLAYCON DE PAIVA , 1027

SAO VICENTE - 99999-999 - BOA VISTA - RR

Fone: (095) 3198-8400 C.G.C. 84.112.481/0008-93

HomePage www.unimedfama.com.br

BOLETIM DE SALA

Paciente ANTONIO BRAGA OLIVEIRA		Prontuário 00008126
Plano UNIMED INTERCAMBIO ENF		Matrícula 8650001129356004
Tipo de Anestesia GERAL EV+LOCAL		Porte de Sala GRANDE
Início da Anestesia 18:00	Início Procedimento 18:05	Término Procedimento 18:25

Procedimento

FRATURA DE FALANGES - TRATAMEN

Equipe

MÉDICO RESPONSÁVEL

MEDICO HOSPITAL

CRM

999

Qtd.**Medicamentos**

000047	AGUA PARA INJECAO 10 ML CX, 200 AMP, PLAST,	AMPOLA	1
000167	CLORETO SODIO 9MG/ML SOL.INJ.IV BOLS.PP SIST.FECH.5C	FRASCO	3
000389	DIMORF (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 E	AMPOLA	1
000382	DORMIRE (RESTRITO HOSP,) 5 MG/ML SOL, INJ, CX, 50 AM	AMPOLA	1
000259	FENTANEST (RESTRITO HOSP,) 0,05 MG/ML 25 AMPS, 5 ML	FRASCO AMPOLA	1
000269	FLUMAZIL (RESTRITO HOSP,) 0,1 MG/ML 10 AMPS, 5 ML	AMPOLA	2
000460	PROPOVAN (RESTRITO HOSP,) 10 MG/ML CX, 5 FA VD, X 2C	FRASCO AMPOLA	1
000471	RINGER DE LACTATO - BOLSAS SISTEMA FECHADO (RESTRITC	FRASCO	3
000514	TRAMADON 100 MG, FR, 10 ML GTS,	FRASCO	1
000329	XYLESTESIN (*) (RESTRITO HOSP,) 2% S/V 10 FR, 20 ML	FRASCO AMPOLA	1

Qtd.**Materiais**

000036	AGULHA HIPODERMICA 40GAX12MM 1000UNID.	UNIDADE	1
000054	ALCOOL 70% QUALITY FR 1000ML	MILILITRO	50
000586	ATADURA CREPE 10CMX1,2MT 13FIOS	UNIDADE	1
001508	CAMPO CIRURGICO 4 CAMADA ESTERIL 45X50 C/RAIO X 5UNID	UNIDADE	5
000647	CATETER NASAL OXIGENIO TP.OCULOS 1,40CM	UNIDADE	1
000657	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML C-17	MILILITRO	100
001502	COMPRESSA GAZE 7,5CMX7,5CM 09FIOS 500UNID C22009	UNIDADE	20
001517	ELETRODO P/ECG ADU.MEDITRACE 1000UNID	UNIDADE	5
000709	ESCOVA C/CLOREXIDINA 2% A-33	UNIDADE	2
000711	ESPARADRAPO 10,0CMX4,5MT	CENTIMETRO	15
000847	SERINGA DESC.03ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1
000851	SERINGA DESC.10ML AG.25X7 LS UNIJET	UNIDADE	4
000853	SERINGA DESC.20ML C/AG.25X07 RYMCO	UNIDADE	1

Assinatura do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL

TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA

Declaro que fui suficientemente esclarecido pelo Dr.(a) _____

Sobre o procedimento a que o(a) paciente Antonio Braga de Oliveiraserá submetido(a), do qual, eu Dra. Játima Leira de Oliveira grau de parentesco:esposa sou responsável legal.

Nome do procedimento: _____

Lateralidade (se aplicável) () Direito () Esquerdo

Fui informado pelo meu médico (a) sobre o diagnóstico, prognóstico, objetivos do tratamento cirúrgico, **principais riscos**, benefícios, probabilidade de sucesso e alternativas existentes ao procedimento proposto.Fui também orientado (a) sobre a **possibilidade de ocorrer complicações durante e após a realização do procedimento** a que o paciente será submetido, pois durante a realização de qualquer procedimento invasivo e/ou cirurgia existe o risco de acontecer situações imprevistas e complicações tais como: sangramento, complicações cardiovasculares, infecções, óbito e etc.

É possível que durante a realização do procedimento, seja necessário realização de biópsia e o material coletado ser submetido a uma análise anatomopatológica.

Declaro ainda que fui informado sobre possíveis problemas relativos à recuperação e resultados decorrentes da minha recusa ao tratamento proposto.

Declaro ainda que não necessito de qualquer outro esclarecimento ou informações por parte do meu médico ou de sua equipe sobre o tratamento que serei submetido.

Existem implicações culturais e/ou religiosas que precisam ser declaradas: (X) Não () Sim

Boa Vista - RR, 06 de novembro de 2019.Dra. Játima Leira de Oliveira
ASSINATURA692 256 302 -63

CPF

CONFERE COM ORIGINAL

Ficha Anestésica

Hospital Unimed

Unimed

Boa Vista

Boa Vista, 6 Nov 2019

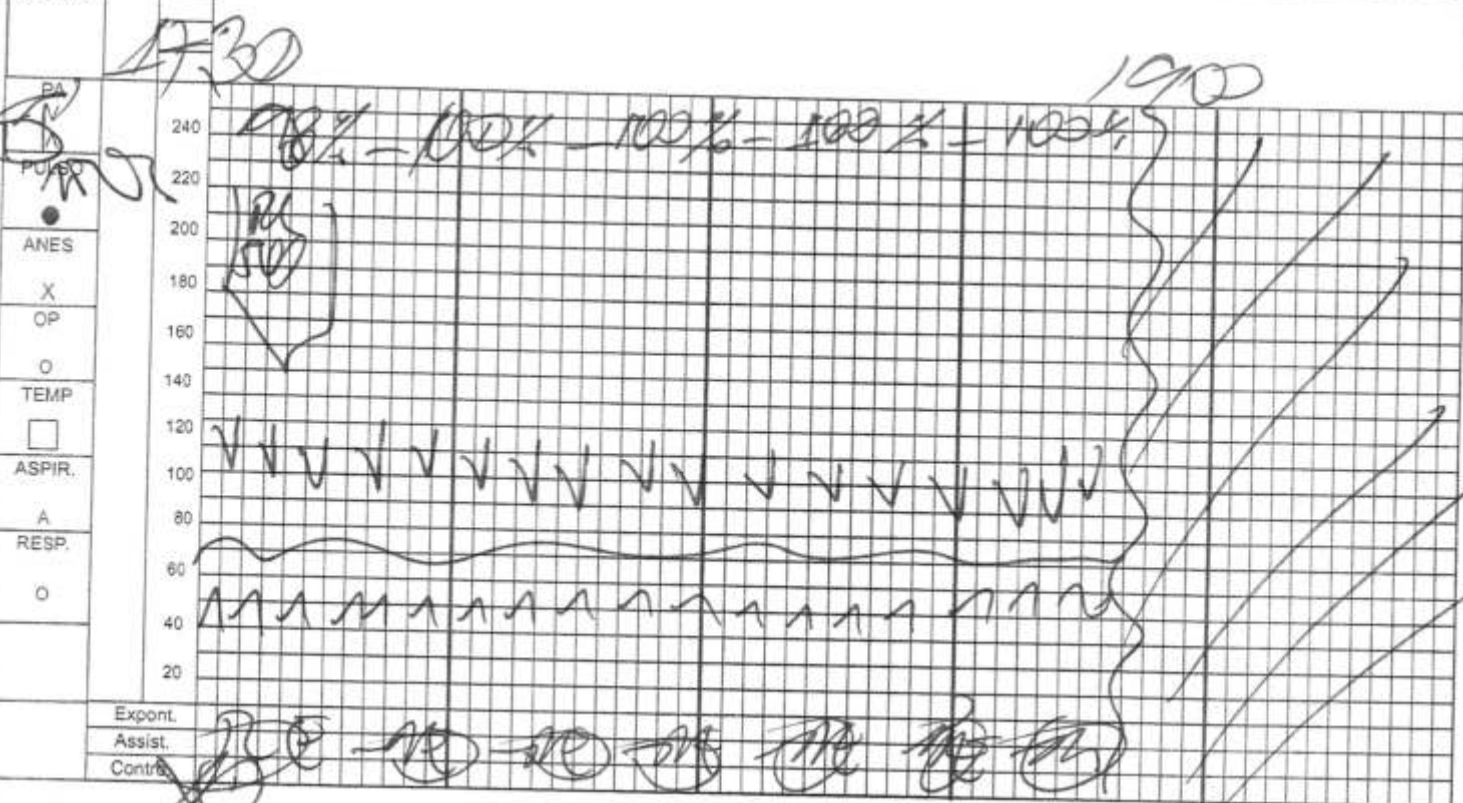
Pré-medicação - Droga - Dose - Efeito

Nome

Prontuário

AGENTES	N2O	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	O2															

LÍQUIDO VENOSOS																
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



SÍMBOLOS																
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	10mg	Genm	
B	20mg		
C	20mg		
D	20mg		
E	20mg		
F	20mg		
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	CÂNULA - NASOOROFARÍNGEA	
NDOD		NASOOROFARÍNGEA - CEGA	
SANGUE		BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO	
		SOB MÁSCARA	
		DIFICULDADE TÉCNICA	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			

CONFERE COM ORIGINAL

ANESTESISTAS	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Roberto Laveiro Médico Anestesiologista CRM-RS 109.424	Dr. BWV	

05- Observações/ Justificativa

20. Exercício Prático

FAMA**Emissão Descritiva da Fatura**

CX 29 29

Atendimento: 00015785**Paciente:** ANTONIO BRAGA OLIVEIRA**Convênio:** UNIMED INTERCAMBIO**Plano:** UNIMED INTERCAMBIO ENF**Entrada:** 06/11/2019 17:42**Matrícula:** 8650001129356004**Dt.Início:** 06/11/2019 **Dt.Fim:** 07/11/2019

Item Médico	Data	Qtd.	Unitário	Tx.Serviço	Total
-------------	------	------	----------	------------	-------

06/11/2019

**BLOCO E
DIARIAS**

60000635 DIARIA DE ENFERMARIA COM ALOJAMENTO CONJUN' 06/11/2019	1	450,00	0,00	450,00
SubTotal			0,00	450,00

MEDICAMENTOS

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML	5	0,72	0,00	3,60
90008332 CEFAZOLINA 1 G	1	16,60	0,00	16,60
90309952 CLORETO SODIO 0,9% 100ML	2	6,91	0,00	13,82
90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML	1	6,91	0,00	6,91
90137485 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2ML	2	0,72	0,00	1,44
90293851 OMEPRAZOL 40 MG PO	1	49,16	0,00	49,16
90071271 TENOXICAM 20MG FA	2	7,35	0,00	14,70
SubTotal			0,00	106,23

MATERIAIS

00223166 AGULHA DESCARTAVEL 40X12	5	0,96	0,00	4,80
00113760 EQUIPO MACROGOTAS FLEXIVEL SIMPLS	1	12,60	0,00	12,60
00146218 SERINGA DESCARTAVEL 10ML C/ AG.	5	3,30	0,00	16,50
SubTotal			0,00	33,90

CENTRO CIRURGICO**GASES MEDICINAIS**

60034335 GASOTERAPIA OXIGENIO P/ HORA	1	46,08	0,00	46,08
SubTotal			0,00	46,08

TAXAS DIVERSAS

60023180 TX DE RECUPERACAO POS-ANESTES	1	126,12	0,00	126,12
60023112 TX DE SALA PORTE 2	1	639,43	0,00	639,43
SubTotal			0,00	765,55
			0,00	811,63

07/11/2019

BLOCO E**MEDICAMENTOS**

90008375 CEFALOTINA 1 G	1	7,76	0,00	7,76
SubTotal			0,00	7,76

MATERIAIS

70705330 SERINGA DESCARTAVEL 10ML S/AG.	1	2,16	0,00	2,16
00146757 LUVA ESTERIL TAM.7,0 (PAR)	1	1,50	0,00	1,50
00488402 TORNEIRINHA 3VIAS	1	2,80	0,00	2,80
70034028 ATADURA CREPE 10CMX1,25MT	1	5,91	0,00	5,91
SubTotal			0,00	12,37
			0,00	20,13

CENTRO CIRURGICO**MEDICAMENTOS**

90072081 AGUA PARA INJECAO 10 ML	1	0,72	0,00	0,72
90310004 CLORETO SODIO 0,9% 500ML	3	6,91	0,00	20,73
90046161 FENTANILA 0,05 MG/ML 5 ML FENTANEST	1	8,91	0,00	8,91
90302265 FLUMAZENIL 0,1 MG/ML 5 ML	2	126,91	0,00	253,82

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - HOSPITAL UNIMED BOA VISTA

PACIENTE:	Adelino Bueri	REGISTRO:	
DIAGNÓSTICO:	Luxação de Pavung	DATA:	20/11/13
ENFERMAREIATE:	603	IDADE:	
MEDICO:	Bruno Figueiredo	PESO:	
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS			
☒ INCONSCIENTE	☒ ORIENTADO		
☐ DESORIENTADO	☐ TORPOROSO		
☐ REAGE A DOR	☐ NÃO REAGE A DOR		
☐ OBEDECE A COMANDOS VERBAIS	☐ NÃO OBEDECE A COMANDOS VERBAIS		
☐ COMATOSO	☐ PRECISA DE SEDAÇÃO		
DEFICIÊNCIAS			
AUDITIVA ☐ SIM ☒ NÃO	VISUAL ☐ SIM ☒ NÃO	FÍSICA ☐ SIM ☒ NÃO	
QUAL:			
SONO E REPOUSO			
☐ PRESERVADO	☐ AGITADO	☐ PREJUDICADO POR:	
ALIMENTAÇÃO			
ACEITAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ PARCIAL ☐ TOTAL ☐ JEJUM			
VIAS: ☒ ORAL ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ☐ NPT			
OCCORRÊNCIA: ☐ SONDABERTA ☐ SONDAFECHADA			
☐ VÔMITO ☐ RESÍDUOS GÁSTRICOS			
ASPECTOS:			
ACESSO VENOSO			
☐ CENTRAL ☐ PERIFÉRICO	LOCAL	DATA	HORA
☐ DISSECAÇÃO ☐ SINAIS	4/5		
☐ FLOGÍSTICOS ☐ SIM ☐ NÃO			
CURATIVO			
☐ SIM ☐ NÃO	REGIÃO:		
☐ ABERTO	☐ OCCLUSIVO	☐ COMPREENSIVO	
ASPECTO:			
DRENO			
☐ SIM ☒ NÃO	TIPO:		
LOCAL:	SECREÇÃO/VOLUME:		
ASPECTO:			
INTEGRIDADE DA PELE			
☐ PELE ÍNTEGRA ☐ F.O	☐ HIDRATADA		
☐ DESIDRATADA ☐ ESCORIAÇÃO	☐ ÚLCERA DE PRESSÃO/ESCARAS		

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS			
☒ ESPONTÂNEA	☐ SOB ESTÍMULOS	☐ S.V. DE ALVIO	
☐ S.V. DE DEMORA	ASPECTO:	VOLUME:	
ASPECTO:			
ELIMINAÇÃO FECAL			
☒ PRESENTE	☐ AUSENTE	FREQUÊNCIA Nº X	
☐ CONSTIPAÇÃO	☐ DIARREIA	☐ NORMAL	
AVALIAÇÃO DA DOR			
☐ COM DOR	☒ SEM DOR	☐ MELHORA COM MEDICAÇÃO	☐ SIM ☐ NÃO
HIGIENE PESSOAL			
☐ COM AUXÍLIO	☒ SEM AUXÍLIO	☐ NO LETO	☐ ASPERSÃO
APARELHO RESPIRATÓRIO			
☒ EUPNEICO	☐ DISPNEICO	☐ TAQUIPNEICO	
☐ RONCOS	☐ SIBILOS	☐ ESTERTORES	
☐ CALETER NASAL	☐ O2 CONTÍNUO	☐ INTERMITENTE	
☐ MARCONEBULIZAÇÃO	☐ AR AMBIENTE	☐ TUBO TRAQUEAL	☐ TRAQUEOSTOMIA
SE O2 LMIN:			
ASPIRAÇÃO/ASPECTO DE SECREÇÃO TRAQUEAL			
☐ CLARA	☐ FLUIDIFICADA	☐ PURULENTA	☐ ROLHOSA
MUDANÇA DE DECÚBITO			
☒ NÃO	☐ 2/2h	☐ 3/3h	☐ ROLHOSA ☐ EM BLOCOS
OSTOMIA			
☐ PRESENTE	☒ AUSENTE	☐ TIPO	
LOCAL:	DÉBITO: ml	ASPECTO:	
GRAU DE DEPENDÊNCIA			
☐ BAIXO	☒ MODERADO	☐ ALTO	
SINAIS VITAIS			
HORA:			
PRESSÃO (mmHg):			
PULSO (bpm):			
RESPIRAÇÃO (lpm):			
TEMPERATURA TAX:			
DESTRO (mg/dl) HORA:			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	

CONFERE COM ORIGINAL

NAME: Antonio B. Oliveira

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM (NOTURNO)

Bloco: 03 Leito: 03 Data: 09/01 /2019

31/11/51hs presente adunado a este unidade hospitalar para o presente
certos punções por de lucação falado "Maga" e
aos convidados da Buro e, no momento a seguir
alguns, alguns presentes, alguns aos convidados
de alguns
31/11/51hs — a 35091.500 ml.

2. Schritt des Einfüllens auf
CORREMADE 720 ml-Fl.

24 hrs - 6 A tilapia, 20 eggs, 1 eelgrass, 1 daphnia, 1
quipo sample, 2 ad 1 comd, 3 Acutina, 3 Agallia,
DCCX 12

0663-4 1 dipicora 481 1 conpagol 4100y 12 de una a la con
2 agulla 401 191 AD 1 con 1 2500 ml

M^a de P. Siqueira Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 726142-E

CONFERE COM ORIGINAL

a: 06/11/2019

problema
segundo
a seguinte

Nome:

André Paraga

Bloco-E Leito:

E03 Data: 07/11/19

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO

10H - Paciente em repouso no leito, P.O de lactação de 70ml, estado de consciência normal, sinais vitais normais, glicemia 100mg/dL, saturação de O₂ 98%, diurese 200ml, AVP MSD HV zero, medicação de lactação CPM. Paciente ativo em MSE observado. Juntos e E tratados. Alta médica às 15H.

08H - Apagada 1g E.V. + Tetraciclina 5ml + S.F. 97.1 10ml + S.F. 97.1 100ml E.V. + Sulfamida 10ml + Agalida 40x12.

12H - Tetraciclina 20mg E.V. + Sulfamida 2ml E.V. + Agalida 10x12

Sandy

Sandy Kathusia Aguiar Morais
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 651.099-TE

Antônio Braga Oliveira

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 16/11/19

Reg: 15785

Idade: 52

PROVENIENTE

Chegada: () U.T.I.

() Emergência () Hospital

() Casa () Outros:

Qual: _____

Cirurgia Proposta: _____

Sim Não

1. Informar:

Adornos Retirados

Esmaltes Retirados

Prótese Dentária Retiradas

Pré-Anestésico

Reserva de Sangue

Cardiopata

Hipertensão

Diabetes

Asmático

Fumante

Alergia

Peso

Exames

RX

Hemograma

Risco Cirúrgico

Ressonância

Tomografia

Cartão do Pré-Natal

2. Estado Emocional / Mental

() Choro

() Agitado

() Outros

3. Condições da Pele:

() Ferimento

() FAF

() Queimando

() Dor

() Hematoma

() Frio

() Edema

() Deformidade

() Avulsão

() Amputação

() Abrisão

() Fral. Exposta

Entrada na Sala

17:50

18:05

18:00

18:25

18:35

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Saída S.O.

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Anestesia

Assinatura

CONFERE COM ORIGINAL

Legenda:

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. Placa de Bisturi

4. Incisão

5. Cateter

6. Venoclise

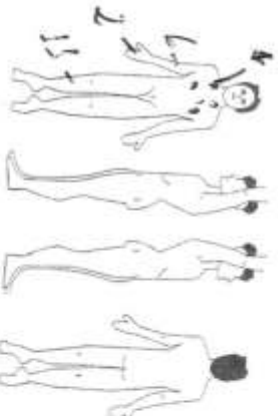
7. Dreno

8. SNG

9. Faixa Smarch

10. Garrote Pneumático

11. Outros: F.U.I.



Localização

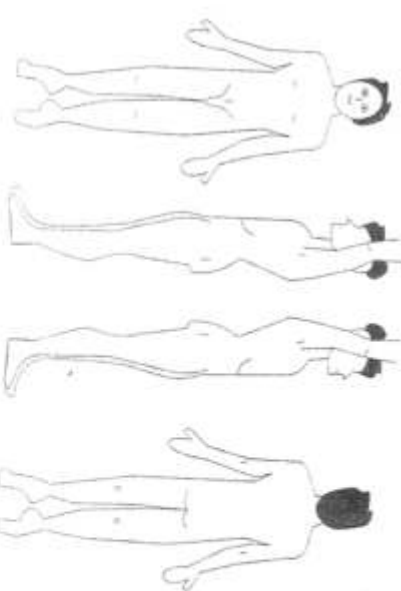
1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso

5. Outros:



Destino: () SRPA () APT. () UTI () Outros:

CENTRO CIRÚRGICO - RPA

PACIENTE: Antonio Braga Oliveira PRONTUÁRIO 15785
CIRURGIA: _____

ANESTESIA: ☒ Geral Venosa ☐ Peridural com cateter ☐ Geral
☐ Geral Inalatória ☐ Peridural sem cateter ☐ Sedação
☐ Geral combinada ☐ Raquianestesia ☒ Local

Anestesista: DR. Ubirajara

Admissão na RPA: às 18:35 HORAS

Data 06/11/19

MONITORIZAÇÃO

☐ ECG ☒ OXIMETRIA ☐ PANI ☐ PA INVASIVA

DRENOS/CÂNULAS

☐ Sonda gástrica ☐ SNE ☐ SVD Nº _____ ☐ Guedel nº _____
☐ Penrose nº _____ ☐ Tórax Nº _____ ☐ Sucção Nº _____ ☐ kher Nº _____

OUTROS: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Calmo ☐ Agitado

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO:

Hora	18:35	18:50	19:00	20:00	20:30			
Sat O2 %	98%	98%	95%	100%	97%			
O2 Litros/min	3L	3L	3L	4L	Arv. 2L			
Respiração	—	—	—	—	—			
Tax	—	—	—	—	—			
P.A. mmHg	162x86	130x91	138x89	131x91				
Pulso bpm	76	70	67	67				
Funcionário	Lays	Lays	Lays	Vitor				

Desligado Oxigênio às 20:10h

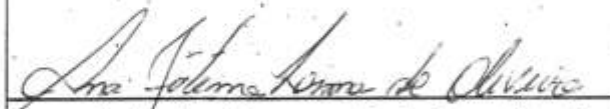
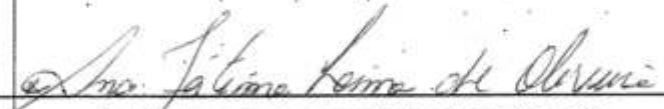
Alta da RPA às 20:30h

ANOTAÇÕES: ^{19h} Admitido em Trauma EV, com sinais de fratura,
Alta precoce, monitora EV, conforme solicitação médica.

Assinatura: _____

CONFERE COM ORIGINAL

MATERIAL	QTDE.	MATERIAL	QTDE.
GELCO		AZUL DE METILENO	
CATÉTER DE O ₂	(1)	SONDA NASOGÁSTRICA	
CERA PARA OSSO		SONDA DE FOLLEY N°	
ELETRODO BIS		SONDA URETRAL	
COMPRESSA CIRÚRGICA C/5	(10)	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL N°	
LUVA DE PROCEDIMENTO		VERDE BRILHANTE	
SORO		SONDA RETAL N°	
DRENO PENROSE		TORNEIRINHA DESCARTÁVEL	
DRENO P/ TORAX		DROGAS ANESTÉSICAS	
EQUIPO P/ SORO		Xylo s/v	(1)
EQUIPO DE P.V.C		Papalol	(1)
ESCOVA DESCARTÁVEL	(5)	Fentanil	(1)
ESPARADRAPO	(15 cm)	midazolam	(1)
FORMOL		Flemazell	(1)
GAZE C/20	(1)	Framal	(1)
GELFOAM		morfina long	(1)
ATADURA GESSADA			
LÂMINA DE BISTURÍ N°			
MICROPORE			
POVIDENE			
PULSEIRA		GASES MEDICINAIS	
SERINGAS DESCARTÁVEIS 10cc	(3) 20cc	OXIGÊNIO	5 litros
SERINGA DE INSULINA		ÓXIDO NITroso	
		GÁS CARBÔNICO	
SONDA GASTRONÔMIA/ JEJUNOSTOMIA		MEDICAMENTOS E OUTROS	
ALGODÃO			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
CATGUT CROMADO			
PRONELE			
PRONELE			
SEDA		EQUIPAMENTOS ESPECIAIS	
VICRYL		CARRO ANESTÉSICO	x
AGULHA 90x12	(1)	MONITOR CARDÍACO	x
AGULHA OXIGENADA		BISTURI	x
ALCOOL IODADO		LIPO ASPIRADOR	
MONONYLON		OXÍMETRO	x
MONONYLON		DESFRIBILADOR	
MONONYLON		RX	
		CAPNÓGRAFO	
		VIDEO	
		BIS	

NOME DO PACIENTE: <u>ANTÔNIO BEAGA OLIVEIRA</u>			APARTO: <u>E03</u>		
DATA DA ADMISSÃO: <u>06/11/2019</u>			DATA DA ALTA: <u>07/11/19</u>		
HORAS: <u>18.16</u>			HORAS: <u>15.15</u>		
STATUS DO QUARTO:			STATUS DO QUARTO:		
CHEK IN			CHEK OUT		
ITENS	APTO	NÃO APTO	ITENS	APTO	NÃO APTO
TELEVISÃO COM CONTROLE	<u>x</u>		TELEVISÃO COM CONTROLE	<u>x</u>	
FRIGOBAR	<u>x</u>		FRIGOBAR	<u>x</u>	
CENTRAL DE AR COM CONTROLE	<u>x</u>		CENTRAL DE AR COM CONTROLE	<u>x</u>	
CAMA	<u>x</u>		CAMA	<u>x</u>	
SOFÁ CAMA	<u>x</u>		SOFÁ CAMA	<u>x</u>	
ARMÁRIO	<u>x</u>		ARMÁRIO	<u>x</u>	
MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	<u>x</u>		MESA DE CABECEIRA C/ BANDEJA	<u>x</u>	
APARELHO TELEFÔNICO	<u>x</u>		APARELHO TELEFÔNICO	<u>x</u>	
POLTRONA	<u>x</u>		POLTRONA	<u>x</u>	
SUORTE DE SORO	<u>x</u>		SUORTE DE SORO	<u>x</u>	
ESCADINHA	<u>x</u>		ESCADINHA	<u>x</u>	
KIT DE ENXOVAL	<u>x</u>		KIT DE ENXOVAL	<u>x</u>	
OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).			OBS: Kit enxoval contempla (um lençol para colchão, um lençol e um travesseiro com fronha).		
 Assinatura do responsável pela verificação			 Assinatura do responsável pela verificação		



Dr. Bruno Figueiredo dos Santos

Diretor Técnico - CRM RR - 1047

RQE 503

ANTONIO BRAGA DE OLIVEIRA

LAUDO MÉDICO

CID 10: S 62.5

PACIENTE ENCONTRA-SE INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA EXERCER SUA FUNÇÃO LABORAL POIS ESTÁ EM PÓS OPERATÓRIO DO POLEGAR ESQUERDO SENDO SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSHNER.

SOLICITO AFASTAMENTO DO TRABALHO POR 60 DIAS.

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 10488

BOA VISTA, 14 de NOVEMBRO de 2019.