

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: 2929183820201206163753

Processo 0829811-28.2020.8.23.0010 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ 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	06/12/2020 16:37:53	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	9.1 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ KITSEGURADORALIDER.pdf
	9.2 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAO01.pdf
	9.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo02.pdf
	9.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo03.pdf
	9.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	⌵ 2770309CONTESTACAOAnexo04.pdf
	8	04/12/2020 00:01:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA) em 03/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7.
			SISTEMA CNJ
	7	23/11/2020 12:17:06	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (23/11/2020)
			VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário
☐	6	23/11/2020 11:56:54	CONCEDIDO O PEDIDO
			JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
	5	19/11/2020 15:25:06	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
			SISTEMA CNJ
	4	19/11/2020 15:25:06	RECEBIDOS OS AUTOS
			SISTEMA CNJ
	3	19/11/2020 15:25:06	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
			SISTEMA CNJ
			Registro de Distribuição
	2	19/11/2020 15:25:06	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
			SISTEMA CNJ
			4ª Vara Cível
☐	1	19/11/2020 15:25:06	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			MARLON TAVARES DANTAS Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08298112820208230010

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 **MAYCON DEYVID DE JESUS 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 **17/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **31/07/2019**.

Cumprе 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 INÉPCIA DA INICIAL **DA AUSÊNCIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

Cabe o reconhecimento de que a petição inicial protocolada é inepta. Isto se confirma posto que a inicial deve ser instruída com os documentos obrigatórios, sendo o **comprovante de residência** um deles.

Ocorre que, a parte trouxe como prova de sua residência, uma declaração simples, unilateral e de próprio punho, não sendo crível nem verossímil.

Assim sendo, requer a intimação do autor para que preste esclarecimento acerca da ausência do comprovante de residência, sem prejuízo da juntada do documento.

Em caso de não cumprimento do requerido, pugna a Ré pelo indeferimento da petição inicial, com a extinção do processo com fulcro no artigo 485, I, do CPC.

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.

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;

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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, discorrendo 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.

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)

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **17/06/2019**. 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.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE 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.”

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;

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

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁷.

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

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁸.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

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 citação⁹.

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 ação¹⁰

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.

⁷ “É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁸ “AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS**. SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.** (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁹ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰ art.

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 1 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08298112820208230010.

Rio de Janeiro, 1 de dezembro 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jordanio@hfmf.com 16 - Tel (DDD): (11) 9991-7539

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 31290

☐ 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, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (seu/sa)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - PE 28 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Lugradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - São Luiz

Sexo: Masculino

Nasc: 27/12/1998

Profissão: Estoqueiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rejane de Jesus

Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14

RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: Rua: Pedro Praça

Nº: 1882

Complemento: Apartamento 01

Bairro: Asa Branca

Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15	Placa NAK-0285
Renavam 00804454850	Número do Motor JC30E13242660
Número do Chassi 9C2JC30103R242860	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devolvemente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DE VIT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42900905
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
(Comunicante / Vítima)

Dedarei para os devidos fins de ciência que esta é a única responsável pelo fato ocorrido e que não tenho poder de responder civil e criminalmente pelo presente não empio que do origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia-Calunúcia e 340-Denúncia-Falsas Indicações, Contradição do Código Penal Brasileiro.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jid@marista.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9991-7539

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 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 (PAI, 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: 31290

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (se houver)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576

**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: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882, CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

OBSERVAÇÕES

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

autenticado mecânico

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
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031:563300750004.000000001131.425611190058



13/01/2020

RORAIMA ENERGIAAVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

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

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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 022 81 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 COAP.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Denilze Correia Pontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.132 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.243.832 / 14 conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. General Ataíde Turve</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>62</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.304-000</u>
E-mail: <u>ludibonista_residencia@hotmail.com</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 16 de janeiro 2020

Denilze Correia Pontas

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1142



UNIDADE:

EQUIPE: *Paulo Delfino* *Leandro*

Paciente: *MAYSON DEYVID DE SESA OLIVEIRA* Idade: *23* Sexo: *M*

Nacionalidade: *Brasileira* Rapa: Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: *Av. das Uniponte* Bairro: *Pureza*

Nº *10125* DATA *17/06/19* HORA J9: *14:47* BASE ☒ VIA ☒ ☒ RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): *Dr. Anderson* HORA J10: *15:00* ☒ CELULAR

MOTIVO: *Colúmbio com a usco* *9.15.124* *10* *5.194*

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒

ACIDENTE DE TRÂNSITO

☒ Acidente de trânsito	☐ Urgência pediátrica	☐ Queimadura	☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento	☐ Tentativa de suicídio	☐ Choque elétrico	☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF	☐ Envenenamento	☐ Queda	☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB	☐ Afogamento	☐ Urgência clínica	☒ Outros <i>Acidente op</i>

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☒ Automóvel	☐ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Motocicleta	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVIAÇÃO

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicardia	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☒ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria <i>10</i> <i>1/E</i>
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparelho Alcoolizado
☐ Outro:		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora

ANÁLISE DE RESPOSTAS

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Exc. visual "BOR"	Glasgow
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>22</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	-	<i>08</i>	<i>15</i>
Fim <i>15:14</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	-	<i>06</i>	<i>11</i>

LESÃO IDENTIFICADA

☒ Dor	☐ Hematoma	☐ Contusão	☐ Escoriação	☐ Laceração	☐ Luxação	☐ Fratura fechada	☐ Fratura exposta	☐ Amputação	☐ Evisceração	☐ Afundamento de crânio	☐ Ferimento penetrante	☐ Tórax instável	☐ Enfisema subcutâneo	☐ Ferida aspirativa	☐ Empalamento	☐ Outros
---	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--	--	------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---	--	--	--------------------------------------	---------------------------------

Enfermidade *Infestação* *Edema*

ABERTURA OCULAR

☒ Espontânea	☐ Ao comando	☐ À dor	☐ Sem resposta
--	-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

RESPOSTA VERBAL

☒ Orientado	☐ Confuso	☐ Palavras Inapropriadas	☐ Palavras incompreensíveis	☐ Sem resposta
---	----------------------------------	---	--	---------------------------------------

RESPOSTA MOTORA

☒ Obedece a comandos	☐ Localiza a dor	☐ Movimento da retrada	☐ Flexão anormal	☐ Extensão anormal	☐ Sem resposta
--	---	---	---	---	---------------------------------------

ANÁLISE CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurologica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular	☒ Digestiva	☐ HAS	
☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Digestiva		☐ Medicação de uso	

ANÁLISE DE COMPLEXO

☐ Iltso	☒ Pequena	☐ Média	☐ Severa
--------------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Anderson

SAMU 192 37 CONFERE

ORIGEM

Em *26/07/19*

Anaís

RUI

☐ Cancelamento

☐ Recusa de Atendimento

☐ Hospitalização

☐ Polícia Militar

☐ Guarda Municipal

☒ Bombeiro

☒ Outros

Problemas a P. 150 Mr. naves 11/04 Apod. da. condutores.

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

TERMO DE RECUSA

GRÁVIDA

Idade Gestacional: _____

Perda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Partes fetais na vulva

☐ Contrações entre 3-5 min.

☐ Com cartão da gestante

☐ Contrações com duração > 30s

☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Máscara laríngea

☐ Monitorização cardíaca

☐ Cânula de Guegel

☐ Gula de introdução Bougie

☒ Imobilização de fraturas

☐ Cateter nasal: ____ L/min

☐ Criotireostomia cirúrgica

☐ Curativos

☐ Máscara facial: ____ L/min

☒ Oximetria

☐ Headblock

☐ Perto vaginal

☐ Bolson-valva-máscara: ____ L/min

☐ Dreno de tórax

☒ Prancha longa

☐ Cesárea de emergência

☐ Intubação orotraqueal

☐ Descompressão torácica

☒ Tirantes

☐ Imobilização de luxação

☐ Acesso venoso Golbo n° _____

☐ Acesso venoso Scalp n° _____

☐ KED

☐ Outros: _____

☐ Acesso intradeseo

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
2 - Atorvastatina 20mg							
5 - Paracetamol 1000mg							

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

paciente, 73 anos, casado, viúvo, residente em Rua LOTE, ao lado, no local da queda. Paciente em estado de choque, com fratura de fêmur e de tíbia e raio, ECG 12-lead normal, PaO2 78 mmHg e saturação de 92%. Após intubação, encaminhado ao CT, com intubação e

SAMU 192 BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 28/09/19
André A.
Rubrica

André R. Silva
Enfermeiro-APR
BOA VISTA

GOVERNO DO ESTADO DE MORMAIA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de MORMAIA - MAR / PSE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300

Classificação
Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1001124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07 19	24
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	27/12/1998	22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO	APARDA
Mão						
REFJANE DE JESUS						
Endereço						
RUA - MONTEIRO LOBAATO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autenticação	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Atividade do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Selo:	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA, SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

DOR EM PERNAS E TORNADOZELAS

Anamnese do Enfermeiro

GSC
NO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

PAUENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCARRO. TRAISSO PULO SAMU PRA PRANCHA LONGA COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico

A: VIAS AERIAS PERENES B: MVE PRESENCIA DA ABDOMEN FLACCO. D: GCS XV E: EDRA E TORAX ZERO INCHADO E COM ESCURAGHOS

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA CONTUSO DE TORNADOZELAS

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

TILATIL 40mg EV

DIPIRONA 5g EV

Recebido A Cruz
CORRETORES 01/06/19

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Patrick Rubelo Jussé
Ortopedista - Traumatologista
CRM 111111 111111

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pacico
☐ Alta a Revolta
☒ Transferência para:

ORTOPEDIA

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM: Análise de Biologia

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressa por: antonia,soares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33



1001124155

B BLOCO B

ALTA: 09/07/2019

**SUS**Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECATORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Maycon Devidor Jesus Oliveira

4 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

16/10/1972

5 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

6 - Nº DO HONTRÁRIO

173134

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Regina de Jesus

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Monticini, Jardim Santa Cruz

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São João do Rio Preto

14 - COD. REG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente referido por médico em consulta com motivo
cólica x vômito (SVU) com colônoscopia realizada
cotizada no T2 E.

HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO
AV. Brás, Edifício São Paulo
Novo Planalto, Tel (11) 2182-0622

AUTENTICAÇÃO

1 - RUA 259

Certifico e Declaro que a presente
cópia do Laudo Original
está sendo encaminhada para o

18 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Cirúrgico

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

História clínica, Exame físico e RX.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fístula de Torção (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO 24 - CID 10 QUATRO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CONSULTA) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - CID 10 DA SEGURADORA

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

36 - EMPREGADO

37 - EMPREGADOR

38 - AUTÔNOMO

39 - DESEMPREGADO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - COD. ORIGEM EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

03080/0019
5818 T068
V799

até 3.7



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

R.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DESTINO

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Maryem Davydd De Jesus Oliveira

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

27/12/96

7 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

8 - ENDEREÇO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

10 - PRINCIPAIS SINTOMAS

Fratura da falange de terceiro

11 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Entorsement de terceiro

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

13 - DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de terceiro

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 NICHAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITANTE

14 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE

Entorsement de terceiro de terceiro

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (ENSIDPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Roberto

Dr. Roberto

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

03/07/97

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - EMPREGADO

38 - EMPREGADOR

39 - AUTÔNOMO

40 - DESEMPREGADO

41 - APOSENTADO

42 - NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO

44 - CID, CÓDIGO PASSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - ENDEREÇO

47 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

3/7/97

0408050578
5826
V299

3-7

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 03.07.19

O.S.

Mayron Vassil De Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

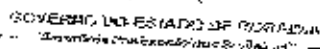
INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

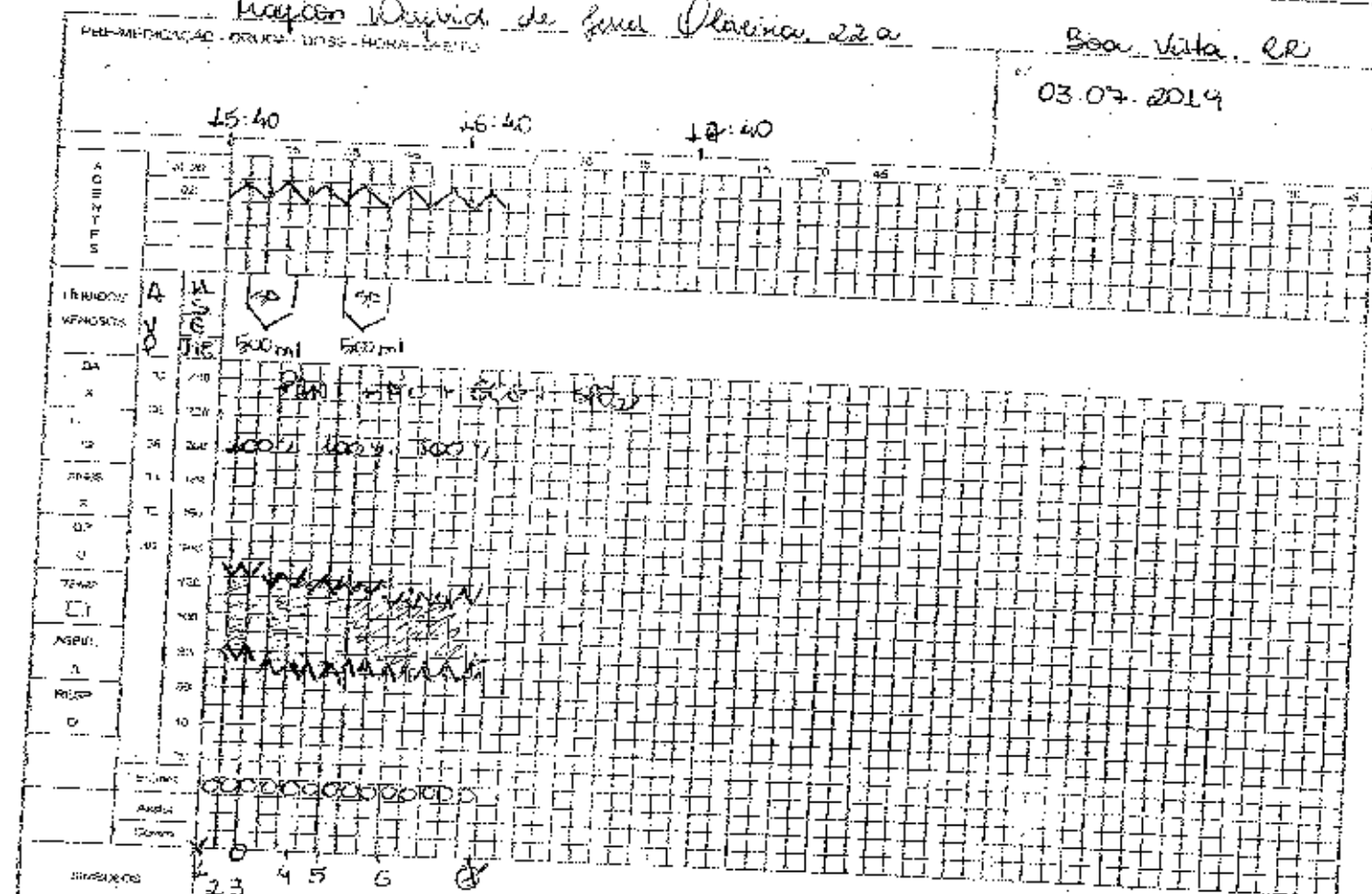
- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia
- 2) Repara e Antroposia
- 3) colocação de campos estereos
- 4) incisão inter lateral + clivagem por glândulas
2da. abordagem de focos de fratura
- 5) Redução fratura + fixação com placa de
térreo de larso. 07 furos, com parafusos
+ parafusos longos com anéis
de bloqueio de imagens
- 6) Sutura por planos 2pos L.D.C.
- 7) Lavagem
- 8) RPA



Mapa Original de Genel Oliveira 22 a
obra - un - 400 - 1 - 1

Boa Vista, RR

03.07.2019



ABRIL	DATA	LOCAL	ESPÉCIE	SEXO	IDADE	ESTADO	COMUNIDADE	PROTEÇÃO	REMARKS
1	20/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
2	21/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
3	22/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
4	23/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
5	24/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
6	25/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
7	26/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
8	27/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
9	28/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
10	29/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
11	30/04/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
12	01/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
13	02/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
14	03/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
15	04/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
16	05/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
17	06/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
18	07/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
19	08/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
20	09/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
21	10/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
22	11/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
23	12/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
24	13/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
25	14/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
26	15/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
27	16/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
28	17/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
29	18/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1
30	19/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♂	Adulto	1	1	1	1
31	20/05/2011	Parque Nacional de Itatiaia	<i>Leontideus rosalia</i>	♀	Adulto	1	1	1	1

Na evolyne 1 Az fene

507235 1 197061-215

Dr. Marcelo Sanchez IDA Sogero

WELSH BUREAU

1. $\frac{1}{2} \times 100\% = 50\%$
2. $\frac{1}{2} \times 100\% = 50\%$

~~Dra. Evelyn Fernandes
Médica CRM/R 1484
Anestesiologista RQE 16;~~

63 MONADS - Principles

$\mathbb{Z}_2$ invariant.

3. Aftazibulina 1 g el
4. Dekanidazonia 10 mg el
5. Temoxiconi 40 mg el
6. Jipinona 2 g el

o Engraiado paciente para SRP.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

222

NOME DO PACIENTE		APT OU LFTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maycon Cayard de Jesus Oliveira		212-3		03/02/17
TIPO		CIRURGIA	INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteotomia Fratura #1/2 esquerda			16:26	17:10
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA:		
TIPO DE ANESTESIA:		INSTRUMENTADOR		
QUANT.		CIRCULANTE		
MATERIAIS		TEMPO DE DURAÇÃO:		
VALOR		QUANT.		
PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		MEDICAMENTOS		
PACOTES GAZE		FRASCOS SORO FISIOLÓGICO		
LUVA ESTÉRIL 7.0		FRASCOS SORO RINGER LACTADO		
LUVA ESTÉRIL 7.5		FRASCOS SORO GLICOSADO		
LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO VICRYL Nº 3-0		
LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO MONONYLON Nº 3-0		
LUVAS P/PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
DRENO DE SUÇÃO Nº		FIO CATGUT SIMPLES Nº		
DRENO DE TORAX Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº		
DRENO DE PENROSE Nº		FIO PROLENE Nº		
SERINGA 01ML		FIO SEDANº Eletrolitos		
SERINGA 03ML		SURGICEI. Eletrolitos		
SERINGA 05 ML		CERA PROSSO gelco 10 C		
SERINGA 10ML		KIT GALABATA Nº 200ml		
SERINGA 20ML		GEOFOAM (Atodense) 30cm		
Alcool 300ml		FITA CARDIACA		
Cloroxidina 300ml		OUTROS: 0		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS		
ENFERMEIRA CHEFE		SUB-TOTAL		
FUNÇÃO/CALCULOS		TAXA DE SALA		
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

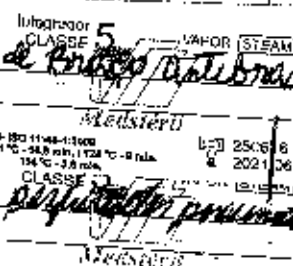
Medstéril



Medstéril



Medstéril





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomítese Intertum. Tru2	
Nome do Paciente: Maycon Depaid de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário: S/nº	Data: 08/07/19	
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala: 05	Circulante de Sala: João / Robson
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço		Dados Adicionais:	
Hospital Geral de Roraima ()	Empresa (X)	Pro - Saúde	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
	Placa Tere 1/2 3 Furos	01	
	parafuso cortical N: 34	02	
	" " N: 16	01	
	" " N: 45	01	
	parafuso espinal 1/2 2 Furos N: 22	01	
	parafuso espinal 1/2 2 Furos N: 24	01	

[Handwritten signature and stamp over the table]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério / Dr. Paulo B. 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo A.

INSTRUMENTADOR: YANK

VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 17/06/2019 DN: 27/12/1996

PACIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

AGNÓSTICO: FX DE TORNOZELO E

ALÉRGICAS: HAS LEITO: 212-3 DM2 DATA: 03/07/2019

IDADE: 22 PRESCRIÇÃO

ITEM	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
11	SSVV + CCGG 6/6 H
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
15	CURATIVO DIÁRIO
16	
17	
18	
19	
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM
QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA
BOTA.

SINAIS VITAIS	FC	FR
6H: PA: 125/74	73	36
12H: PA: 125/74	73	36
18H: PA: 125/74	73	36
24H: PA: 125/74	73	36

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

Dr. Nelson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:15 Paciente no leito
curativo de - luani
PA
06:00

12:15 Paciente no leito
curativo de - luani
PA
06:00

Dr. Nelson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 391317-1 DATA DE EMISSÃO 15/02/2018

NOME MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

FILHO(A) ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

RENOME DE JESUS

NATURALIDADE SÃO JUIZ - RR

DOC. ORIGEM CERTID. NASC. 5485 PLS 43 LIV. A-B

SÃO JUIZ - RR

CPF 021.273.832-14

DATA DE NASCIMENTO 27/12/1996

AMARDEU ROCHA TRIANI
1ª Diretoria de Registro Geral do Estado de Roraima
POCAJÁ - RORAIMA

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maycon Denilda de Jesus Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Empresário RG: 391317-J SSP/RR
CPF: 023.273.832-14
ENDEREÇO: R. Pedro Praça, 1882, Asa Branca.
VITIMA: Maycon Denilda de Jesus Oliveira
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RR CPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

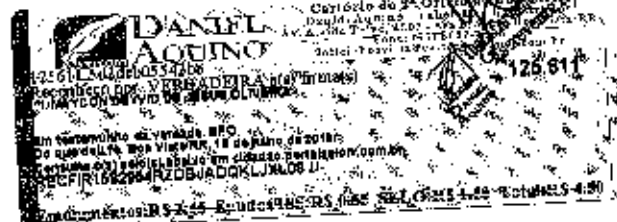
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDAÇÃO a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

BOA Vista RR, 16 de JULHO de 20 19



Maycon Denilda de Jesus Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

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: 23/01/2020
Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF: 021.273.832-14

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200038967

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DEYVID DE JESUS 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: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000031290-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jid@marista.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9999-175398

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 31290

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (nascerem)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/07/2019 10:52 Data/Hora Fim: 31/07/2019 11:10
Origem: Polícia Judiciária Data: 31/07/2019
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/06/2019 14:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Lugradouro: Imigrantes

Bairro: Buritis

Ponto de Referência: Pizzaria Manancial

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - São Luiz

Sexo: Masculino

Nasc: 27/12/1998

Profissão: Estoqueiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Rejane de Jesus

Nome do Pai: Antônio Pereira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 021.273.832-14

RG - Carteira de Identidade: 391317-1

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: Rua: Pedro Praça

Nº: 1882

Complemento: Apartamento 01

Bairro: Asa Branca

Telefone: (95) 99126-6384 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 467.785.273-15	Placa NAK-0285
Renavam 0080445485D	Número do Motor JC30E13242660
Número do Chassi 9C2JC30103R242660	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marcas/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023185/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Maycon Deyvid de Jesus Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui habilitação, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também devolvemente descrita acima e que é de propriedade de ANTONIO REGINALDO G. DA SILVA, onde veio a colidir na traseira de um veículo que parou bruscamente em sua frente. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado por equipe do SAMU até o HGR. Que não sabe informar as características do outro veículo envolvido, apenas que a condutora posteriormente procurou ter seus danos ressarcidos. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DE VIT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

31 JUL 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42900905
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
(Comunicante / Vítima)

*Dedarei para os devidos fins de ciência que esta é a única responsável pelo fato ocorrido e não me responsabilizo e não vou poder responder civil e criminalmente pelo ocorrido nem em caso de morte, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Denúncia Falsa do Código Penal Brasileiro.

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 021.273.832-14 4 - Nome completo da vítima: Rayson Dayvid de Jesus 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: Rayson Dayvid de Jesus Oliveira 6 - CPF: 021.273.832-14
7 - Profissão: Encarregado 8 - Endereço: Rua Pedro 9 - Número: 1882 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Vila Mariana 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 069.312-308
15 - E-mail: jid@marista.com.br 16 - Tel (DDD): (11) 9991-7539

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 31290

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente aos 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 fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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 da morte 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(s) (nascerem)? ☐ 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 às pessoas beneficiárias 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - PE 28 de Agosto 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000031290-0

Nr. da Autenticação BB0F3CDD22A0D576

**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: 4110674

BRUNO MARTINS PACHECO DE OLIVEIRA

R. PEDRO PRACA, 1882, CASA 1

ASA BRANCA

69312308 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1134256	11/2019	25-OCT-19 a 25-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
332	11-DEC-19	R\$ 356,33

OBSERVAÇÕES

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

autenticado mecânico

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
1134256	11/2019	R\$ 356,33

836000000031:563300750004.000000001131.425611190058



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: 4295757

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748, 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1020749	MÊS 12/2019	PERÍODO DE CONSUMO 25-NOV-19 a 24-DEC-19
CONSUMO (kWh) 522	VENCIMENTO 13-JAN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58

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 1020749	MÊS 12/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 460,58
-------------------------	----------------	-----------------------------

836800000041.605800750008.000000001024.074912190050





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/BIBLIOTECAWEB/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 COAP.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Denilze Correia Pontas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.132 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.243.832 / 14 conforme determinação da Circular Susep 445/12

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. General Ataíde Turve</u>	Número: <u>2748</u>	Complemento: <u>62</u>
Bairro: <u>Liberdade</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.304-000</u>
E-mail: <u>ludibonista_residencia@hotmail.com</u>	Tel (DDD): <u>(95) 99117-5392</u>	

Local e Data: Boa Vista - RR 16 de janeiro 2020

Denilze Correia Pontas

Assinatura do Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1142



UNIDADE:

EQUIPE: *Paulo Delfino* *Leandro*

Paciente: *MAYSON DEYVID DE SESA OLIVEIRA* Idade: *23* Sexo: *M*

Nacionalidade: *Brasileira* Rapa: Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: *Av. das Urupinte* Bairro: *Pureza*

Nº *10125* DATA *17/06/19* HORA J9: *14:47* BASE ☒ VIA ☒ ☒ RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): *Dr. Anderson* HORA J10: *15:00* ☒ CELULAR

MOTIVO: *Colisão com a moto* *9.15.124* *10* *51494*

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Urgência pediátrica | ☐ Queimadura | ☐ Urgência obstétrica |
| ☐ Agressão física / espancamento | ☐ Tentativa de suicídio | ☐ Choque elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão física - FAF | ☐ Envenenamento | ☐ Queda | ☐ Exame complementar |
| ☐ Agressão física - FAB | ☐ Afogamento | ☐ Urgência clínica | ☒ Outros <i>Acidente op</i> |

- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- | | | | |
|--|---|---|---|
| VITIMA | VEÍCULO DE ORIGEM | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | ITENS DE SEGURANÇA |
| ☐ Pedestre | ☐ A pé | ☒ Automóvel | ☐ Capacete |
| ☒ Condutor | ☐ Automóvel | ☐ Motocicleta | ☐ Cinto de segurança |
| ☐ Passageiro | ☒ Motocicleta | ☐ Ônibus | ☐ Airbag |
| ☐ Ignorado | ☐ Bicicleta | ☐ Micro-ônibus | ☐ Assento para criança |

- AVIAÇÃO
- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| VIAS AÉREAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AV. NEUROLÓGICA |
| ☒ Livre | ☐ Apnéia | ☐ Bradicardia | ☐ Miose |
| ☐ Obstrução Parcial | ☐ Dispnéia | ☒ Enchimento capilar acima de 2" | ☐ Midríase |
| ☐ Obstrução Total | ☐ Bradipnéia | ☐ Pulso radial ausente | ☐ Anisocoria <i>10</i> <i>1/E</i> |
| ☐ Corpo estranho | ☐ Taquipnéia | ☐ Pulso central ausente | ☐ Aparelho Alcoolizado |
| ☐ Outro: | | ☐ Cianose central | ☐ Agitação psicomotora |

ANÁLISE DE RESPOSTAS

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "BOR"	Glasgow
Início <i>15:08</i>	<i>110/80</i>	<i>114</i>	<i>22</i>	<i>100%</i>	<i>36.8</i>	-	<i>08</i>	<i>15</i>
Fim <i>16:14</i>	<i>120/70</i>	<i>115</i>	<i>23</i>	<i>99%</i>	<i>36.7</i>	-	<i>06</i>	<i>11</i>

LESÃO IDENTIFICADA

- ☒ 1 - Dor
- ☒ 2 - Hematoma
- ☒ 3 - Contusão
- ☒ 4 - Escoriação
- ☒ 5 - Laceração
- ☐ 6 - Luxação
- ☐ 7 - Fratura fechada
- ☐ 8 - Fratura exposta
- ☐ 9 - Amputação
- ☐ 10 - Evisceração
- ☐ 11 - Afundamento de crânio
- ☐ 12 - Ferimento penetrante
- ☐ 13 - Tórax instável
- ☐ 14 - Enfisema subcutâneo
- ☐ 15 - Ferida aspirativa
- ☐ 16 - Empalamento
- ☐ 17 - Outros

ABERTURA OCULAR

- ☒ 1 - Espontânea
- ☐ 3 - Ao comando
- ☐ 2 - À dor
- ☐ 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- ☒ 5 - Orientado
- ☐ 4 - Confuso
- ☐ 3 - Palavras inapropriadas
- ☐ 2 - Palavras incompreensíveis
- ☐ 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- ☒ 6 - Obedece a comandos
- ☐ 5 - Localiza a dor
- ☐ 4 - Movimento da retrada
- ☐ 3 - Flexão anormal
- ☐ 2 - Extensão anormal
- ☐ 1 - Sem resposta

ANÁLISE DE RESPOSTAS

ANÁLISE DE RESPOSTAS	ANÁLISE DE RESPOSTAS	ANÁLISE DE RESPOSTAS
☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Metabólica
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Respiratória
☐ Fibrilação atrial	☐ Assístolia	☐ Cardiovascular
		☐ Digestiva
		☐ Metabólica
		☐ Infecçiosa
		☐ Diabetes
		☐ Cardiopatia
		☐ HAS
		☐ Medicação de uso
		☐ Alergias
		☐ Outros

ANÁLISE DE RESPOSTAS

☐ Grave ☒ Pequena ☐ Média ☐ Severa

ANÁLISE DE RESPOSTAS

☐ Cancelamento

☐ Recusa de Atendimento

☐ Hospitalização

☐ Polícia Militar

☐ Guarda Municipal

☒ Bombeiros

☐ Outros

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Anderson

SAMU 192 CONFERE

ORIGEM

Em *26/07/19*

Anaís

RUI

Problemas a P. 109 Apet. da Perceção.

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

TERMO DE RECUSA

GRÁVIDA

Idade Gestacional: _____

Perda de líquido: _____

BCF: _____

☐ Movimentos fetais presentes

☐ Partes fetais na vulva

☐ Contrações entre 3-5 min.

☐ Com cartão da gestante

☐ Contrações com duração > 30s

☐ Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Aspiração

☐ Cânula de Guegel

☐ Cateter nasal: _____ L/min

☐ Máscara facial: _____ L/min

☐ Bolson-valva-máscara: _____ L/min

☐ Intubação orotraqueal

☐ Acesso venoso Golbo n° _____

☐ Máscara laríngea

☐ Gula de introdução Bougie

☐ Criotireostomia cirúrgica

☒ Oximetria

☐ Dreno de tórax

☐ Descompressão torácica

☐ Acesso venoso Scalp n° _____

☐ Monitorização cardíaca

☒ Colar cervical

☒ Headblock

☒ Prancha longa

☒ Tiras

☐ KED

☐ Acesso intradeseo

☒ Imobilização de fraturas

☐ Curativos

☐ Ponto vaginal

☐ Cesárea de emergência

☐ Imobilização de luxação

☐ Outros: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FARMACO	DOSE	VIA	HORA	FARMACO	DOSE	VIA	HORA
2 - Atorvastatina 20mg							
5 - Paracetamol 1000mg							

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

paciente, 73 anos, casado, viúvo, residente em Rua Lote, ao lado, no local da queda. Paciente em estado de choque, com fratura de fêmur e de tíbia e raio, ECG 12-lead normal, PaO2 78 mmHg e SaO2 92%. Após intubação, encaminhado ao CT, com intubação e

SAMU 192 BY
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 28/09/19
André A.
Rubrica

André R. Silva
Fm. Interméd. APR
BOA VISTA

GOVERNO DO ESTADO DE MORMAIA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de MORMAIA - MAR / PSE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300

Classificação
Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelha
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1001124155	17/06/2019 15:17:43	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07 19	24
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA	22/12/1998		22 A 5 M 21 D	164022207880004	02127383214	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	123	SSP	06/04/2008	M	SOLTEIRO/APARDA	BOA VISTA - RR
Mão	Pai		Contato			
REFJANE DE JESUS	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		(95) 99116-5634			
Endereço	RUA - MONTEIRO LOBAO - 44 - CENTRO - SAO JOAO DA BALIZA - RR					Entregador
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Atividade de Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Selo:	Tipo do Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ANTONIA, SOARES			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

DOR EM PEXNA E TORNOSZEL

Anamnese de Enfermagem

GSC
RD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

PAUENTE VITINA DE ACIDENTE MOTOXARRO. TENDIDO PULO SAMU PRA PRANCHA LONGA COM COLAR CERVICAL.

Exame Físico

A: VIAS AERIAS PERENES B: MVE PRECARIAS C: ABDOMEN FLACIDO D: GCS XV E: EDNA E TORAX ZERO INCHADO E COM ESCURAGHOS

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA CONTUSO DE TORNOSZEL

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

TILATIL 40mg EV

DIPIRONA 5g EV

Recebido A Cruz
CORREÇÃO DE 10/06/19

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Patrick Rubelo Juss
Ortopedista - Traumatologista
CRM 111111 100

Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pacico
☐ Alta a Revolta
☒ Transferência para:

ORTOPEDIA

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IM: Analise e Biológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressa por: antonia.seares
Data Hora: 17/06/2019 15:18:33



1001124155

B BLOCO B

ALTA: 09/07/2019

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRECATORIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Maycon Devidor Jesus Oliveira

4 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

16/10/1972

5 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

6 - Nº DO HONTRÁRIO

173134

7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Regina de Jesus

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Monticini, Jardim Santa Cruz

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São João do Rio Preto

14 - COD. REG. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente referido por amigos em estado com muito
dificuldade x corpo (SIC) com comorbidade torácica
costado no T12 (E).

HOSPITAL GERAL DE SÃO PAULO
AV. Brás, Edifício São Paulo
Novo Planalto, Tel (11) 2182-0622

AUTENTICAÇÃO

1 - RUA 259

Certifico e Declaro que a presente
Ata de Exame Original
está em conformidade com o

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

História clínica, exame físico e RX.

19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de torço (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - CID 10 DA SEGURADORA

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

37 - EMPREGADO

38 - EMPREGADOR

39 - AUTÔNOMO

40 - DESEMPREGADO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNPJ

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ORIGEM EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

03080/0019

5818 T068

V799

até 3.7



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

R.G.R.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXAMINADOR

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Maycon Davydd De Jesus Oliveira

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

7 - DATA DE NASCIMENTO

27/12/96

8 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

ANEXO I - LAUDO DE INTERNAÇÃO

11 - PRINCIPAIS SINTOMAS

Fratura da falange de terceiro

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Entorsement de terceiro

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

Histórico + Exame físico + Radiografia

14 - DEFINIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de terceiro

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 NICHAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - IDENTIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Calosostese de fratura de terceiro

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (ENSIDPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - CID

31 - CID

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Roberto

03107179

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - EMPREGADO

39 - EMPREGADOR

40 - AUTÔNOMO

41 - DESEMPREGADO

42 - APOSENTADO

43 - NÃO SEGURO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CID, CÓDIGO PRESSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - ENDEREÇO

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

3/7/19

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408050578
5826
V299

3-7

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 03.07.19

O.S.

Mayron Vassil De Jesus Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.P.4. Sob anestesia
- 2) Repara e Antroposia
- 3) colocação de campos estereos
- 4) incisão inter lateral + clivagem por glândulas
2da. abordagem de focos de fratura
- 5) Redução fratura + fixação com placa de
térreo de larso. 07 furos, com parafusos
+ parafusos longos com anéis
de bloqueio de imagens
- 6) Sutura por planos 2pos L.D.C.
- 7) Lavagem
- 8) RPA



Maycon David de Jesus Oliveira 22a

Boa Vista, RJ

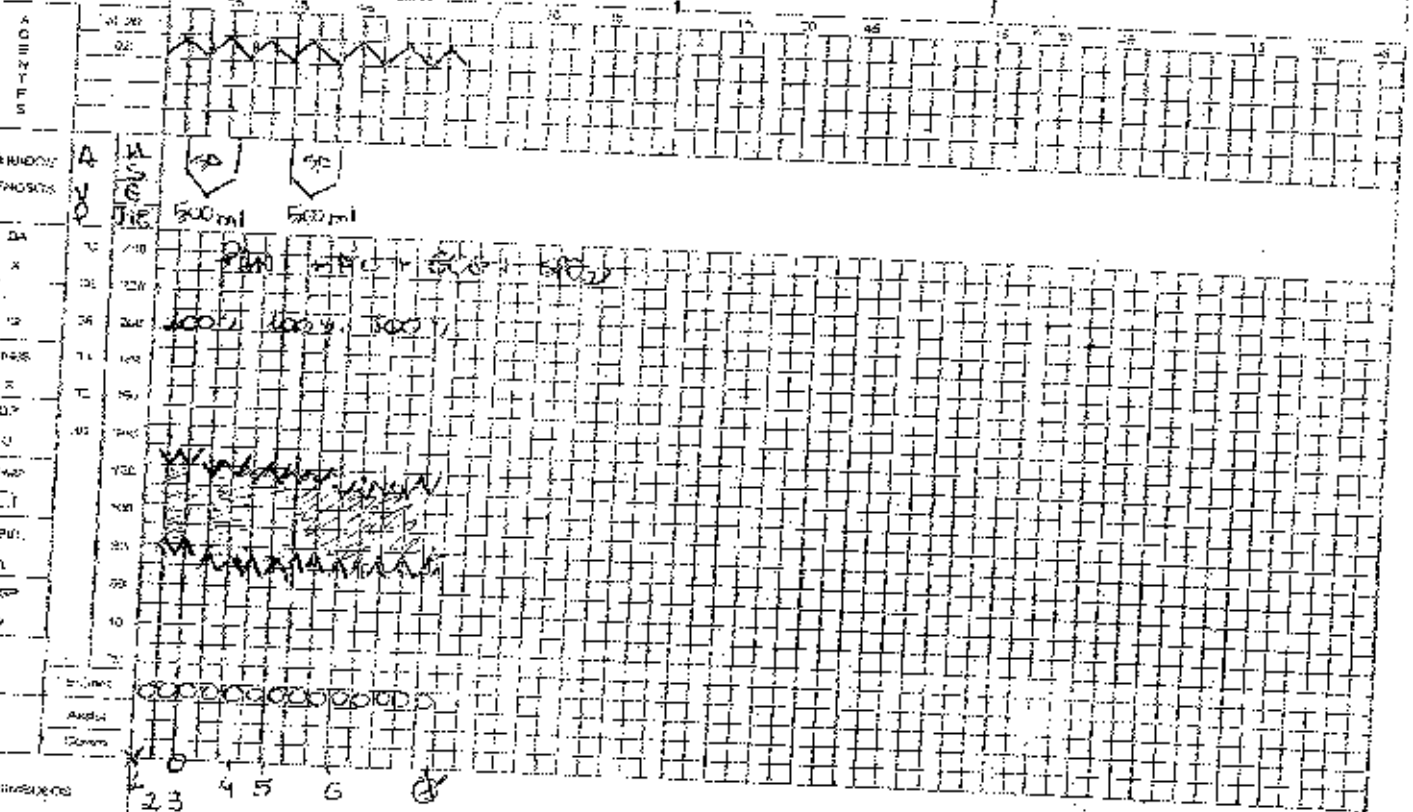
03.07.2014

PRE-MEDICAÇÃO - DRUGS - UNDS - HORA - SÍTIO

15:40

16:40

18:40



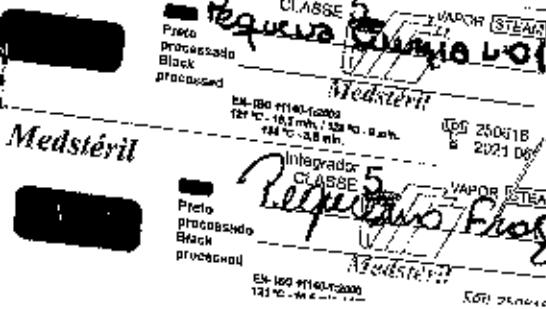
ANESTÉSICOS Fentanil Midazolam Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg
ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg

ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg
ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg	ANESTÉSICOS Propofol 100mg Propofol 100mg Propofol 100mg

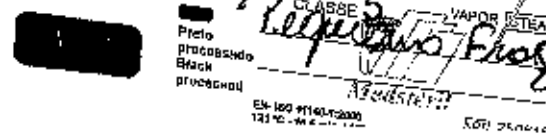
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maycon Cayard de Jesus		212-3		03/02/17
TIPO		CIRURGIA		
Osteomante Fratura #1/2 esquerda		INICIO	HM	TEMPO DE DURAÇÃO
		16:26	17:10	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Dr. Rogério	ANESTESISTA:	Dr. Evellin	
2º AUXILIAR	Dr. Marcelo A.	RFS. ANESTESIA:	Rb. Ancherre	
	Dr.	INSTRUMENTADOR	Rb.	
TIPO DE ANESTESIA:	Local	CIRCULANTE	Rb. Gibson	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:	
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO
1	LUA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO RINGER LACTADO
1	LUA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS SORO GLICOSADO
1	LUA ESTÉRIL 8.0			FIO VICRYL Nº 3-0
1	LUA ESTÉRIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 3-0
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº
1	SERINGA 01ML			FIO SEDAN Nº
1	SERINGA 03ML			SURGICEL Coleter O2 I
1	SERINGA 05 ML			CERA PROSSO gelo 10 C
1	SERINGA 10ML			KIT CATARATA K
1	SERINGA 20ML			GEOPAM Látex 30cm
	Alcool 300ml			FITA CARDIACA
	Cloroxidina 300ml			OUTROS: B
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
	Rebeca			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
	Luciano	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

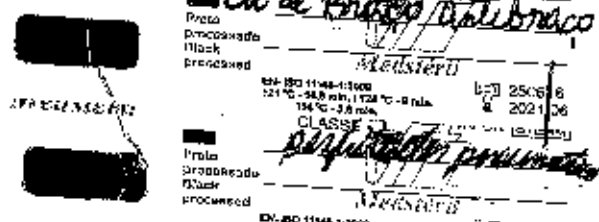
Medstéril



Medstéyil



Meqstévil





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Osteomítese Intertubo Tm2	
Nome do Paciente: Maycon Depaid de Jesus Oliveira		Nº do Prontuário: S/nº	Data: 08/07/19	
Bloco: B	Enfermaria: 213	Leito: 3	Nº da Sala: 05	Circulante de Sala: João / Robson
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pequenos Fragmentos 3,5				

Dados dos materiais/Serviço		Dados Adicionais:	
Hospital Geral de Roraima ()	Empresa (X)	Pro - Saúde	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.
	Placa Tm2 / 3 Furos	01	
	parafuso - cortical N: 34	02	
	" " N: 16	01	
	" " N: 45	01	
	parafuso - esp. Tm2 1/2" N: 22	01	
	parafuso - esp. Tm2 1/2" N: 24	01	

[Handwritten signature and stamp over the table]

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogério / Dr. Paulo B. 1º AUXILIAR: Dr. Marcelo A.

INSTRUMENTADOR: YANK

VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE
OPME/CME



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/06/2019 DN 27/12/1996

PACIENTE: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

AGNÓSTICO: FX DE TORNOZELO E

ALÉRGICAS: HAS LEITO 212-3 DM2 DATA 03/07/2019

IDADE: 22 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO HJ A TARDE	SW 2
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	Su
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	Su
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Su
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Su
12	ÓLEO MINERAL 10ML VO DE 8/8H SN	ob
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	curativo
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM
QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS
PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA
BOTA.

SINAIS VITAIS	FC	FR
6H PA 125/74	73	36
12H PA 125/74	73	36
18H PA 125/74	73	36
24H PA 125/74	73	36

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

Dr. Nelson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12:15 Paciente no leito
curativo de - suante
PA 125/74
06:00

12:15 Paciente no leito
curativo de - suante
PA 125/74
06:00

Dr. Nelson P. Silva
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Posição Direita

Maycon Deyvid de Jesus Oliveira

PROIBIDO FALSIFICAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 391317-1 DATA DE EMISSÃO 15/02/2018

NOME MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

FILHO(A) ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

RENOME DE JESUS

NATURALIDADE SÃO JUIZ - RR

DOC. ORIGEM CERTID. NASC. 5485 PLS 43 LIV. A-B

SÃO JUIZ - RR

CPF 021.273.832-14

DATA DE NASCIMENTO 27/12/1996

AMARDEU ROCHA TRIANI
1ª Diretoria de Registro Geral do Estado de Roraima
Cidade: Boa Vista

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038967 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA. P6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Empresário RG: 391317-3 SSP/RR
CPF: 023.273.832-14
ENDEREÇO: R. Pedro Praça, 1882, Asa Branca.
VITIMA: Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
CPF: 023.273.832-14 DATA DO ACIDENTE: 17/06/2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE

PODERES:

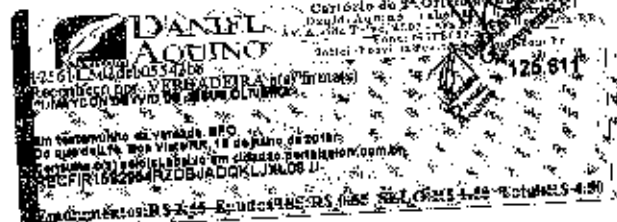
Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDAÇÃO a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar 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.

BOA Vista RR, 16 de JULHO de 20 19



Maycon Deyvid de Jesus Oliveira
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032895/20

Vítima: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF: 021.273.832-14

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

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

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA : 021.273.832-14

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: 23/01/2020
Nome: MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA
CPF: 021.273.832-14

MAYCON DEYVID DE JESUS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO