

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:
2932760720201210173351

Processo 0830125-71.2020.8.23.0010 ☆ - (16 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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08301257120208230010

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 **ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO**, 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 **28/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/02/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), 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

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁷ art.

1º

(...)

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 8 de dezembro de 2020.

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-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08301257120208230010.

Rio de Janeiro, 8 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

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031221-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 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
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 18:48:55 Data/Hora Fim: 28/02/2020 18:48:55
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811810 SERIE J Data: 28/02/2020
 Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/02/2020 14:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Mecejana
 Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO COM RUA SABIA
 Tipo do Local: Via Pública

Nº: FRENTE 1757

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: CB PM
 Nome Civil: SILVA (COMUNICANTE)
 Nacionalidade: Brasileira
 Profissão: Policial Militar

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: PJ

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: CIPTUR

Nome Civil: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 349823-9

CPF: 008.359.282-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: AV. GETULIO CORREIA DE PINHO
 Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 16

Nome Civil: FABIANO DOS SANTOS CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 35

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: União Estável



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

Documento(s)

CPF: 811.289.402-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. GENERAL SAMPAIO

Complemento: 7º BIS

Bairro: TREZE DE SETEMBRO

Telefone: (95) 99121-6757 (Celular)

Nº: SN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição HONDA/CG 150 TITAN ES

Placa NAR0747

Número do Motor RR0001484

Ano/Modelo Fabricação 2006/2006

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 385.163.062-91

Renavam 00889046468

Número do Chassi 9C2KC08506R856382

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 10/11/2017

Nome Envolvido

Roberto Petronio da Silva Filho

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO. CHEGANDO AO LOCAL ENCONTRAMOS O ITEM 02 SENDO ATENDIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO PARA ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO. O ITEM 01 NOS RELATA QUE SEGUIA PELA RUA SABIA NO CAMINHÃO EB (EB13722, CAMINHÃO DO EXERCITO BRASILEIRO, COR VERDE), SENTIDO RUA DO SANHAÇU, QUE PAROU NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO ESTAVA FINALIZANDO A TRAVESSIA DA AVENIDA, SENTIU UM FORTE IMPACTO NA TRASEIRA COM CAMINHÃO. AO SAIR PARA VERIFICAR, ENCONTROU O ITEM 02 CAÍDO AO CHÃO. O ITEM 02 SEGUIA PELA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO EM SUA MOTOCICLETA (NAR 0747, HONDA /CG 150 TITAN, COR PRATA). SENTIDO CENTRO BAIRRO, POREM ESTAVA SEM CONDIÇÕES DE DAR SEU RELATO. O ITEM 02 NÃO É HABILITADO. FOI FEITO AUTO DE INFRAÇÃO NUMERO SE00299176. A MOTOCICLETA ESTA DEVIDAMENTE LICENCIADA E FOI ENTREGUE AO SENHOR GEMILSON LIMA DE ALMEIDA, CNH 04666183091, CATA. O ITEM 01 É HABILITADO EM SUA CATEGORIA E CAMINHÃO DEVIDAMENTE LICENCIADO. O PERITO SUBTENENTE UBIRATAN DO 7º BIS, QUE REALIZOU OS TRABALHOS NO LOCAL. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA CIVIL E O MESMO INFORMOU QUE POR SE TRATAR DE VEICULO OFICIAL FEDERAL, PERICIA NÃO ERA DE SUA COMPETENCIA. FOI ACIONADA A PERICIA DA POLICIA FEDERAL E A GUARNIÇÃO AGUARDOU POR 50 MINUTOS E OS MESMOS NÃO COMPARECERAM AO LOCAL. DEVIDO AO GRANDE FLUXO DE VEICULO NO LOCAL, APOS PERICIA DO EXERCITO, A VIA FOI LIBERADA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00008950/2020

ASSINATURAS

Luciene Marques da Costa

Agente de Polícia

Matrícula 42000330

Responsável pelo Atendimento

Nome Social: Cb Pm

Nome Civil: Silva

Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, de de 2020

[Assinatura]
.....
020116684

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000031221-3

Autenticação:

FD527185D3981CAACC94A856CAA8C1B8A4DC4E314E455578CDF450180D2D35D7

RAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garças, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5581939 FCAH*
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	01/08/2020	231	208,68

RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 00027213609300
AV GETULIO CORREIA DE PINHO 16 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-402 - BOA VISTA

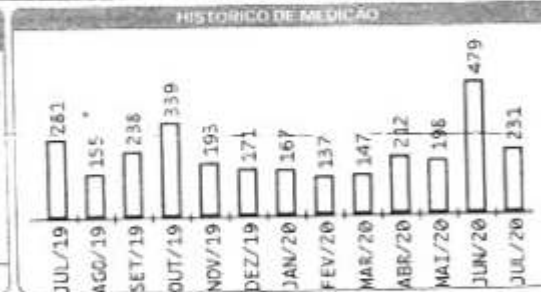
DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/07/2020	Anterior:	13/06/2020
Emissão:	14/07/2020	Apresentação:	15/07/2020
		Próxima leitura:	15/08/2020
		Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1918694	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO
Leit. Atual	710						
Leit. Anterior	479						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	231						
Faturado:	231						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	231 A R\$ 0,755234 =	174,45
CORREÇÃO MONETARIA IG 05/20-00		0,57
MULTA POR ATRASO DE I 05/20-00		1,63
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00		0,31
MULTA POR ATRASO 05/20-00		2,98
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00		1,74
ILUMINACAO PUBLICA		27,00

OUTRAS INFORMACOES
DATA DE TRIBUTACAO 01/08/2020
Média 12 meses: 226



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/08/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CADINER. Informamos ainda existirem contas vencidas e a reavização no valor de R\$ 156,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
06/2020 397,14

LIGUE 08007415120 E FAÇA O PAGAMENTO: 5 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 7BED.E8EB.C99E.2AAC.7715.57A4.7C11.F328

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Energia:	95,48	DIC	Monetário	Atualizado	Atual
Distribuição:	41,83	Limite	8,85	17,70	35,40
Transmissão:	0,00	Realizado	2,72		
Encargos:	5,40	FIC	Monetário	Trimestral	Atual

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

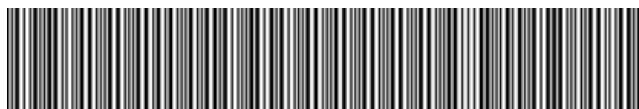
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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 COAF².

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Roberto Petronio da S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Roberto Petronio da S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.359.282 / 25 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

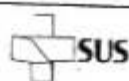
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Mota</u>	Cidade: <u>Ba. Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Ba. Vista RR 17 de Setembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Roberto P. do Silva Filho

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☐ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pct Vltim do acidente transit 5/10

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cerebr

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

Exo- L + R + TC

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de braço + 1/2 col. L + D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fixação transt. MJS

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Ort

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Elder / Vitor Parat 28/02/11

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Fixação externa de fr. exp. fêmur	
Nome do Paciente: Roberto Rehner da Silva Filho		IDADE: 25 a	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data 20/02/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Celyngela / Raimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fixador Long. Fix. el. externa 300					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Elder 1º AUXILIAR: R. M. Marcos

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista – Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Roberto Benício da Silva Filho</i>		25a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>20 / 02 / 2020</i>
TIPO <i>Fixação de fratura exposta de fêmur</i>		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
		INÍCIO <i>18:12</i>	FIM <i>19:05</i>	TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR <i>Elder</i>	ANESTESISTA:		<i>Fabian</i>		
2º AUXILIAR <i>R. Marcos</i>	RES. ANESTESIA:		<i>R. Emerson</i>		
	INSTRUMENTADOR				
	CIRCULANTE		<i>Olívia Raimundo</i>		
TIPO DE ANESTESIA: <i>Sedação + Raqui</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500 mL	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
☐	LUVA ESTÉRIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0	
☐	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☐	SERINGA 03ML		☐	GERA PROSSO / Agulha / Raqui Nº 24 / 26	
☐	SERINGA 05 ML		☐	KIT CATARATA Nº	
☐	SERINGA 10ML		☐	GEOFOAM PVP Júpiter	
☐	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA Encachilha / Ampexa	
☒	Elétricos		☐	OUTROS: <i>Fluorecência 2L</i>	
☐	<i>Canister de O2</i>		☐	<i>+150ml Mucil à 70%</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Ana Renata + Luciano</i>	CIMENTOS		VALOR	
ACIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>HOSPITAL GOMES, S.R. Av. Brg. Eduardo Gomes, 514 Novo Planalto - Tel: 951 2121-3623</i>	SALA		SUB-TOTAL	
	AUTENTICAÇÃO <i>07 MAR 2020</i>	ANESTESIA		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



BOLETIM OPERÁRIO

Robert P. de S. Fell

Data: 28/02/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx expst telr D; Fx femr Dsa D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação transcutânea em MTD

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Elozer 1º AUXILIAR: Velloso

2º AUXILIAR: Morus F D INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Pet Dsa + ansti

2- Amp + Antag + Agm. st

3- Lmc exat en lén de pnt smt 1.6

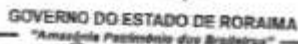
4- Fx expst telr D + pnter - 1 fixaçl trans cut

5- en mtd + radiografia + curat

R.C.

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Radiologia
CRM 11281 RR

Dr. Marcos
Ortopedia e Radiologia
CRM 11281 RR



ROBERTO PETRANIO DA SILVA PIRES

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

MZ 2,096.4 (17.35h)
for 50 mg C / 500 mg D

H IC

24

28.02.2020

Alberto R. M. Herford
Médico - Anestesiologista
CRM 307/RJ



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Roberto Patrícia da Silva Filho
Responsável Cirurgião Dr. Roberto

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim () Não () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Alberto F. M. Herrero

Assinatura Alberto F. M. Herrero

Data 08/07/20 Hora: 17:01

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Roberto da Silva

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: () Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

Revisão da equipe de enfermagem realizada

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura Alberto F. M. Herrero

Assinatura e Carimbo

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Roberto Petronio da Silva Filho
Data de Nasc: 20/11/1994 Idade: 25

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (☒) Não

Sector/Leito: 6T Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (☒) Não

Data: 28/02/2020
Emergência

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Proctomia, Exérese, Híspid

Informações:

Alum. (☒) Sim (☐) Não
Prótese (☐) Sim (☒) Não
Exames (☐) Sim (☒) Não
Reserva UTI (☐) Sim (☒) Não
Lateralidade (☒) Sim (☐) Não
PIE (☐) Sim (☒) Não
Alergia (☐) Sim (☒) Não
Qual:

Reserva de Hemoderivado: (☐) Sim (☒) Não

Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico: (☐) Deambulando (☒) Consciente (☒) Com Suporte de O2 (☐) TOT (☐) Agitado

3. Sinais Vitais:

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

4. Anotações (Admissão do Paciente):

28/02/2020 - 14h00
Paciente em sala
9 proveniente do
6T para tratamento
de uma lesão
destrutiva da
região da
direita pelve
emergência

5. Anotações (Alta do Paciente):

28/02/2020 - 14h00
Paciente em sala
9 proveniente do
6T para tratamento
de uma lesão
destrutiva da
região da
direita pelve
emergência

6. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

7. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

8. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala: 17:20h

Início da Anestesia: 17:45h

Início da Cirurgia: 18:12h

Término da Cirurgia: 19:05

Término da Anestesia: 19:05

Cirurgia Realizada: Proctomia, Exérese, Híspid

Anestesia: raquiana

Posicionamento: Dorsal

Hidratação Infundida: Antibiótico

SF 0,9%: 1 saca

SG 5%: 1 saca

Outros: 1 saca

Nº de Compressas oferecidas: 13

Nº de Compressas recolhidas: 13

Exames na SO: (☐) Ht (☐) Hb (☐) Hemograma (☒) RX (☐) Gasometria (☐) Outros: 13

Legenda:

1. Eletrodos

2. Oxímetro

3. Manguito PA

4. Placa de Blistri

5. Incisão

6. Cateter O2

7. Vendicise

8. Dreno

9. SNG/SNE

10. Garrote

11. TOT (☐) Não (☐) Sim N°

12. SVD (☐) Não (☐) Sim N°

13. Outros:

Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm

PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

9. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm

PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

10. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm

PA: 135x77 mmHg SAT: 99 %

11. Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 14 rpm FC: 104 bpm

Sinais Vitais

Horário: 0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

Observações:

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso venoso

5. Outros:

Localização:

Cirurgia:

Anestesia:

SRPA:

Entrada

Medi cação

CH

SNG/ Volume

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

SVD/Aspecto

Hora

Dreno/Qual

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Adm na Sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em

em sala, acordado, mantido em



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Roberto P. do Silva Filho

AGNÓSTICO

F-1 ~~10/08~~ expat ~~10/08~~ + F-10/08 L-10

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

ITEM

LEITO

DATA

28/08/10

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11

CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13

SSVV + CCGG 6/6 H

14

CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

21

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
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

	6 H	PA	FC	FR
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

01/09/2010 Paciente no leito
sendo SSVV adm. medicação
pm

Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
CRM: 5829/304



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Paciente: Roberto Zulmar de Silva Filho

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Leito: 1041

Data: 01/03/2020

Localização		Região: <u>pé direito</u>		Região: <u>pé direito</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratamento</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratamento</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>compressa</u>	
Troca	() 12/12	() Diário	() 12/12	() Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN/PR 507.755/TE		Adonildes Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN/PR 507.755/TE	
Observações:				

Ana Carolina Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE

Ana Carolina Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN/PR 507.755/TE



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Roberto

Antônio de Silva Filho

Leito: 1042

Data: 01/03/2020

Localização		Região: <u>pé direito</u>
Etiologia		Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros
Pele Perilesional		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca		() 12/12 () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adoula Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:		

Ass. Carla da Silva Garcia
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 304.622

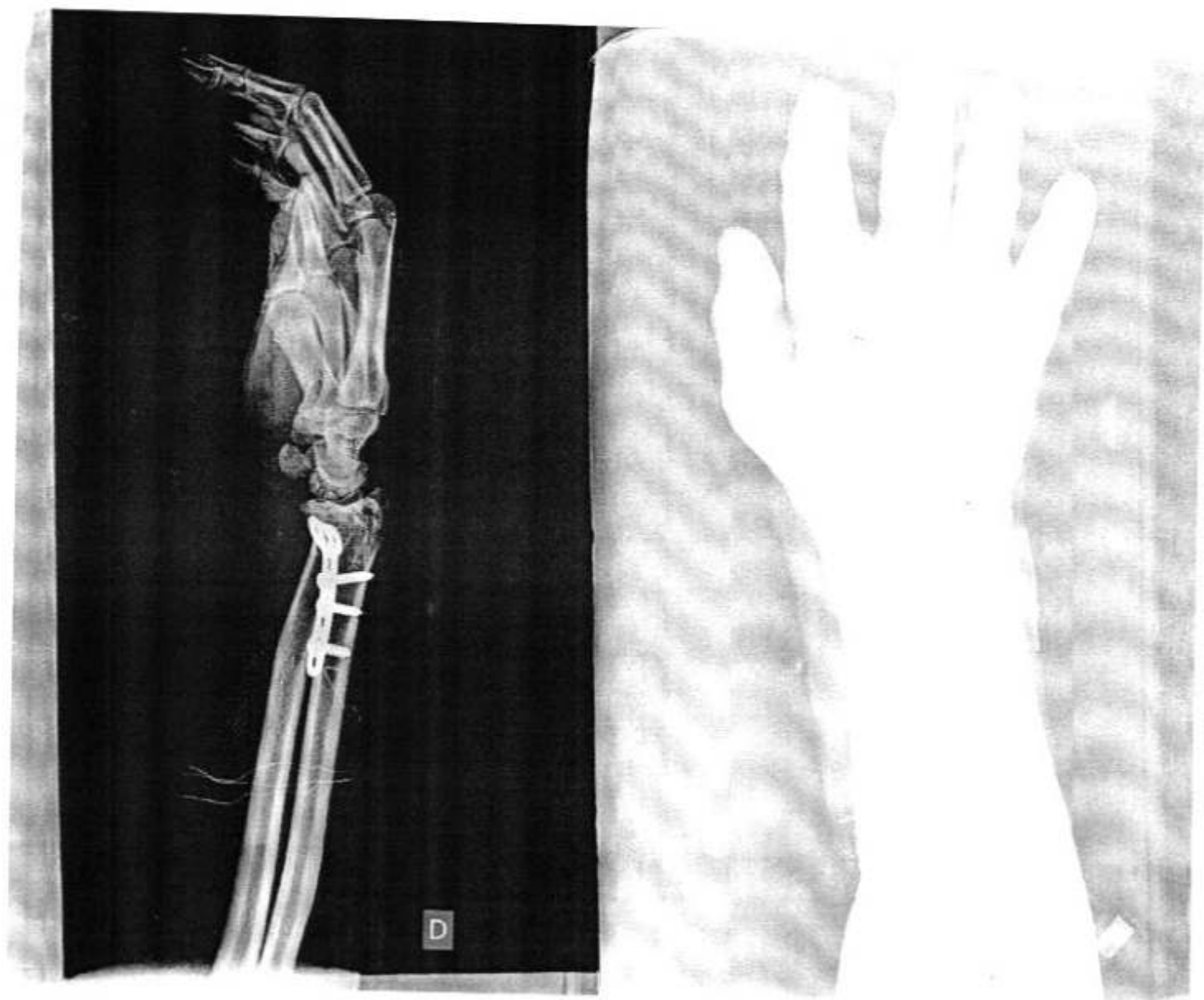
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -				
HGR	Paciente:	Roberto Roberto da Silva			
	Leito:	104.1			
		Data: 03/03/2020			

Localização		Região: <u>MIB</u>		Região: <u>MIB</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco		(X) Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		(X) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araujo Técnico em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE		Adonildes Vieira Araujo Técnico em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	
Observações:				









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

TORGANTE :

ME: Roberto Petronio da Silva Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
FISSÃO: autônomo RG: 349823-4
: 008.359.282-25 ENDEREÇO: AV. Getulio Vargas de Pinho, 16
PRO: SP CIDADE: Boa Vista
: 69.316-409
MA: Roberto Petronio da Silva
: 008.359.282-25 DATA DO ACIDENTE: 28.02.2020
PREZUA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

TORGADA :

ME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
FISSÃO: autônomo
RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

DERES:

a requerer o seguro DPVAT por Invalididade, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo 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, 28 de Agosto de 20 20

x Roberto Petronio da Silva Filho
Assinatura

- Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271420/20

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF: 008.359.282-25

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO : 008.359.282-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200344047 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 5
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG.13,15_ SEM NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00