

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:
2940240820201217180205

Processo 0830459-08.2020.8.23.0010 ☆ - (20 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

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08304590820208230010

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 **ALUIZIO INACIO DA SILVA**, 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 **11/11/2019**, restando permanentemente inválida.

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

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 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 VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 18/08/2020 após 1 ANO E 2 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 11/11/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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.

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)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **11/11/2019**. 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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca 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

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

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

⁷ art.

1º

(...)

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 4 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que 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 esfíncteriano; (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	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 **ALUIZIO INACIO DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08304590820208230010.

Rio de Janeiro, 4 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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALUIZIO INACIO 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, 08 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200312143 Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	---

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

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312143

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 11/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALUIZIO INACIO 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
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: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001036-7

Conta: 000010007015-9

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200312143 **Cidade:** Caracarái **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 11/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 01, 02 E 11.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 7.015 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)? ☐ 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário responsável

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): William Gonçalves

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência N°: 8978/2020 - Registrado em: 16/08/2020 às 22h 55min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/11/2019 às 11h 00min

LOCAL DO FATO

Município: CARACARAI

Logradouro: ESTRADA KM 24

Bairro: CENTRO

Referência:

Complemento: NO MUNICIPIO DE CARACARAI

UF: RR

N°: S/N

CEP:

Tipo de local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (38), nascido(a) em 08/08/1981, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de NÃO INFORMADO, CPF N° 737.834.472-91, País: BRASIL, natural de CARACARAI-RR, filho(a) de CLOTILDE DE SOUZA e , endereço: ANA CECILIA M SILVA, cep: 69312-058, N°: 373, bairro: JARDIM FLORESTA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99133-7375.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463

RELATO DA OCORRÊNCIA

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE:

NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAI/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA Á DIRETA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÊ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA. QUE AMBOS SOFREAMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAI ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO.

AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRONICAMENTE

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO
COMUNICANTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03
Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Caracará (RR)
Bairro: CENTRO
Logradouro: VIA PÚBLICA
Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981 Idade: 39

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Clodilde de Souza

Naturalidade: Caracará - RR

Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA
Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo Veículo**

Descrição: MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA,
MODELO BROS DE PLACA NAO-0463
Placa: NAO0463

Número do Motor: KD05E5B554106

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

UF Veículo: RR

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Quantidade: 1,00 Unidade

Última Atualização Denatran: 06/08/2020

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 231.235.672-49

Renavam: 00305699253

Número do Chassi: 9C2KD0550BR554106

Cor: VERMELHA

Município Veículo: Boa Vista

Veículo Adulterado?: Não

Situação: Envolvido

Situação do Veículo

ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido**Envolvimentos**

Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 09/09/2020 15:05:02

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aluizio Inacio da Silva Filho	Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

AO COMPARECER À DELEGACIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA EM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DE CODINOME DAT, A MESMA INFORMOU QUE NÃO ESTAVA EFETUADO REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL PRESENCIALMENTE, DEVIDO A PANDEMIA DO NOVO CORONA-VÍRUS. DEVIDO A ESSE FATO FAÇO-ME PRESENTE PARA RELATAR QUE: NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO EU ALUÍZIO INÁCIO DA SILVA FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE UM AMIGO DE NOME JOSENILSON CRUZ CARVALHO, QUE ELE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463, QUE NESSE MOMENTO RETORNÁVAMOS DE UMA PESCARIA COM ALGUNS AMIGOS, NO RIO AJARANI, NO MUNICÍPIO DE CARACARAÍ/RR, PELA ESTRADA DO KM-24, QUE NESSA ESTRADA HAVIA UM CURVA SINUOSA À DIREITA, QUANDO MEU AMIGO FOI FAZÊ-LA, A MOTOCICLETA DERRAPOU NO BARRO, QUE FORMOS IMPULSIONADOS PARA O BARRANCO DA ESTRADA, SENDO ARREMESSADOS DA MOTOCICLETA, QUE AMBOS SOFREMOS FRATURAS, QUE EU SOFRI FRATURAS GRAVES EM MEU BRAÇO ESQUERDO, QUE A CLAVÍCULA ESQUERDA FOI QUEBRADA, QUE MEUS PARCEIROS QUE ESTAVA PRÓXIMO DO LOCAL, NOS LEVARAM ATÉ O HOSPITAL DE CARACARAÍ ONDE FIZERAM O TRATAMENTO MÉDICO, AFIRMO QUE A PRESENTE DECLARAÇÃO QUE DEI ORIGEM TRATA-SE DE INTEIRA VERACIDADE PODENDO RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO (ART. 339 E 340 DO CPB)

ASSINATURAS

Ronaldo Luiz de Souza
Agente de Polícia Civil Especial
Matricula 0710354
Responsável pelo Atendimento

Aluizio Inacio da Silva Filho
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas 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 fe, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 09 de Setembro de 2020

Ronaldo Luiz de Souza
Assinatura 020816684



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
NÚCLEO DE INTELIGÊNCIA - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/08/2020 09:51:03 Data/Hora Fim: 18/08/2020 09:51:03

Origem: Polícia Judiciária Nº do Documento: 8978/2020 Data: 16/08/2020

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Núcleo de Inteligência

Data/Hora do Fato: 11/11/2019 11:00

Local do Fato

Município: Caracará (RR)

Bairro: CENTRO

Logradouro: VIA PÚBLICA

Tipo do Local: Via Pública

Nº: KM24

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 39
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Caracará - RR	
Nome da Mãe: Clodilde de Souza		Nome do Pai: Aluizio Inacio da Silva	

Documento(s)

CPF: 737.834.472-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ANA CECILIA MOTA

Bairro: Jardim Floresta

Nº: 373

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA PARTICULAR, MARCA HONDA, MODELO BROS DE PLACA NAO-0463	CPF/CNPJ do Proprietário 231.235.672-49
Placa NAO0463	Renavam 00305699253
Número do Motor KD05E5B554106	Número do Chassi 9C2KD0550BR554106
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor VERMELHA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/08/2020	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS
Nome Envolvido	Envolvimentos

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1036 7 CONTA: 7.015 7 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) 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 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário responsável: 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): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01036-7

CONTA: 000010007015-9

Nr. da Autenticação 413367D244471882

BOA VISTA ENERGIA S.A.
 Av. Capitão São Carlos, 851 - Centro - Boa Vista - RR
 CEP: 55.341-470/0001-44 / Ins. Estadual: 24.003.023-8
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 2006/11

Nº da Nota Fiscal 5146144

4 Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

FCAR*

CONSUMO 16/06/2020 227 198,40
 ANDREIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA
 R. ANA CECILIA M SILVA 373 04 - JARDIM FLORESTA
 CEP: 69.312-058 - BOA VISTA
 CPF: 00001887915230

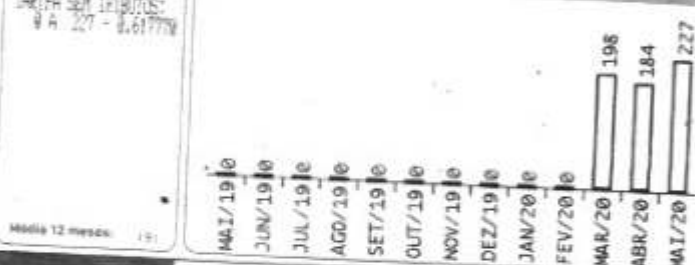
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 227	Atual: 11/05/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.4
Anterior: 205	Anterior: 05/04/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dia de consumo: 02	Próxima leitura: 10/06/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 06/05/2020	Número Medidor: T081914262
Consumo medido: 227	Apresentação: 11/05/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 227		Modalidade:

CONSUMO ILLUMINACAO PUBLICA 227 A R\$ 0,753650 = 171,07
 27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

IMPOSTOS SEM TRIBUTOS:
 R\$ 227 - 0,617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a cobrança do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/05/2020. O valor pago poderá ser usado para o pagamento de impostos e inclusão do nome do consumidor no SANEAP. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
 Mes-ano Valor R\$
 05/2020 178,72

Declarando quitados débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12807/09).
 LIGUE 08007619120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	55,83	Encargos:	5,30
Transmissão:	41,10	Tributos:	30,63
	0,00		
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR	
ICMS:	17,00%	29,00	
PIS:	0,17%	0,30	
COFINS:	0,25%	1,45	
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DEC		FIC	
Mensal	9,24	Mensal	8,46
Trimestral	18,49	Trimestral	16,92
Anual	55,49	Anual	55,84
DEND		DEND	
Mensal	4,99	Mensal	4,99
Realizado	0,00	Realizado	0,00

**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**

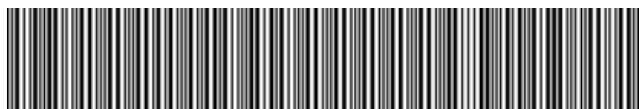
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Aluizio Márcio de S. Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472, 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Aluizio Márcio de S. Filho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 737.834.472, 91 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>Lauro Mota</u>	Cidade: <u>Boa 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: Boa Vista RR 17 de Agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

AMARELO

Vermeilino

Laranja

Amarelo

Verbs
And As

ENDIMEN

Reclassified

☐ Varmailho

Laranja

	Amarelo
	Verde

Azul Ass

TOLOGIA

|Reclassificação

☐ Vermelho

Laranja
Amarela

H Amarelo Verde

Azul Ass

DIURNO

[illegible]



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

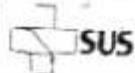
DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que o Sr°. **ALUIZIO INACIO DA SILVA FILO**, CPF: **73783447291** deu entrada no Pronto Socorro Francisco Elesbão (GT) no dia **11/11/2019 às 11h e 46min**, por motivo **ACIDENTE DE MOTO**, *recebeu os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento 1901185268.*

Boa Vista-RR, 19 de Junho de 2020.



Alto: 26/11/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408010150
5420

11-005



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ALUIZIO INACIO DA SILVA				
AGNÓSTICA	FX CLAVICULA E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
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					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
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. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRACO
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028



ANESTESIA DE ESTADO DE SEGURANÇA ALERGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

OPERAÇÕES

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista

D. Fabiano. Da Silva. D. A. T.

Paciente

(Sua Operadora)

SAÍDA

(Sua Pós Operadora)

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 Aplica

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

4- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se AplicaJosé Luciano dos Santos
Coordenador de Enfermagem

Assinatura o Carimbo

ANESTESIA DE ESTADO DE SEGURANÇA ALERGICA

Paciente

Anestesiista

Paciente

Identidade

☒ Sim ☐ Não

112-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: *Augusto Inácio dos Santos Filho*

DIAGNÓSTICO: *fr. clavícula E*

ALERGIAS:

HAS

DM2

IDADE:

LEITO

1122

DATA

25/11/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANUT.
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	8h
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	<i>Tiludil 20mg EV 12/12h</i>	<i>17-05</i>
11	<i>Clindamicina 600mg EV 6/6h</i>	<i>24-12-18</i>
12	<i>Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h</i>	<i>20-8</i>
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 1904

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, LUPINEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM
QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H	<i>119x76</i>	<i>73</i>	<i>35</i>
24 H	<i>118x74</i>	<i>70</i>	<i>-</i>

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SERVIÇO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM (X) NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II - IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Márcio da Silva
 DATA DE NASCIMENTO 08/08/1981 IDADE 38 anos
 SEXO: () FEM (X) MASC () TELEFONE:
 NACIONALIDADE: NATURALIDADE Paracatu/RP
 ENDEREÇO Rua Cecília Mota
 Nº 372 BAIRRO Parque Floresta CIDADE Bom Cristo
 ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sr. - Sra. Alice
 PARENTESCO: CONTATO: Expos. Andressa 99120-2027
 POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM () NÃO nao está na Unidade
 APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO (X)
 QUAL?
 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM (X) NÃO () BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO
 DOENÇA()
 OUTROS: Em pedido Bupera ENB.

III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando cirurgia vitina de
acidente de moto no interior Paracatu
BR 250 Vila Pôrta
Orientar benefício auxílio doença e
movimentar documentos para dar no
prontuário.

Rosângela Reis Rocha
 Assistente Social
 CRESS Nº 0141 2ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIO

CENTRO CIRÚRGICO



Nome: Alvinho Junior do Silva Filho

Data de Nasc: 08/08/81 Idade: 38 Setor/leito: 112-02

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 25/9

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Exatoma da mão

Informações: (E)

Jelumi: (X) Sim () Não

Préteste: () Sim () Não

Exames: (X) Sim () Não

Reserva UTI: () Sim () Não

Latência: () Sim () Não

PNE: () Sim () Não

Alergia: () Sim () Não

Qual: maço

Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não

Outros: () Sim () Não

Chegada ao Centro Cirúrgico: (X) Desambulando

() Consciente

() Com Suporte de O2

() TOT

() Agitado

3. Sinais Vitais:

T: 36 °C

R: 65 rpm

FC: 65 bpm

PA: 130/85 mmHg

SAT: 99 %

() Regular () Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Paciente com

lesão na mão

relatando dor

função da mão

deje a dor

deje a dor

deje a dor

deje a dor

deje a dor

deje a dor

deje a dor

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala: 14:29

Início da Anestesia: 15:05

Início da Cirurgia: 15:29

Término da Cirurgia: 16:36

Término da Anestesia: 16:36

Cirurgia Realizada: Exatoma da mão

Anestesia: B. P. B. (E)

Posicionamento: Semi-Fowler

Hidratação Intravenosa: 0,9% NaCl

Antibioticoterapia: Amoxicilina

SF 0,9% NaCl: 1000 ml

Dose: 1g

Outros: 09

N.º de Compressas oferecidas: 09

N.º de Compressas recolhidas: 09

Exames na SO: (X) Ht () Hb () Hemograma () RX

() Gaiometria () Outros: ()

N.º Peças: (X) Não

() Sim () Cultura

() Outros: ()

Legenda:

1. Eletrodos: OK

2. Oxímetro: OK

3. Mangueira PA: OK

4. Placa de Sutura: OK

5. Incisão: OK

6. Cateter O2: OK

7. Vendicase: OK

8. Dreno: OK

9. SNG/SNE: OK

10. Garrote: OK

11. TOT () Não () Sim N.º: 6

12. SVD () Não () Sim N.º: 6

13. Outros: ()

Sinais Vitais: Saída da SO

T: 36 °C R: 65 rpm

PA: 130/85 mmHg SAT: 99 %

() Regular () Irregular

SRPA

Sinais Vitais

Horário: 15

T: 36

FC: 65

PA: 130/85

SF: 99

Localização: 0'

1. Sonda: 15'

2. Curativo: 30'

3. Dreno: 45'

4. Acesso venoso: 1h

5. Outros: 01:30 h

2 h

Observações: ()

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

Medi

cação

CH

SNG/

Volume

Dreno/Qual

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

hora

SVD/Aspecto

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

1º dia Admissão na UTI por lesão na mão

relatando dor e dificuldade de movimentar a

mão, sendo encaminhado para o Centro Cirúrgico

para realização da cirurgia.

2º dia Alta da UTI para o Centro Cirúrgico

para realização da cirurgia.

3º dia Alta do Centro Cirúrgico para o Centro Cirúrgico

para realização da cirurgia.

José Luciano

Enfermagem

Alto: 26/11/19

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒

Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a osteotomia do clavículo esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acimas

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO SILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408010150
5420

25/11/19

u499

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR2 - CNES
231965-9
4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
0017629311 - NOME DA MÃE
CLOTILDE DE SOUZA8 - DATA DE NASCIMENTO
08/08/19819 - SEXO
1 - Masculino10 - RAÇA / COR
PARDA

12.1 - ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99133-737515 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: JAPURA - 51 -14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99133-737516 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CARACARAI17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
14002018 - UF
RR

19 - CEF

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO31 - DOCUMENTO
C. N. S.32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
98001600357830633 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
24/11/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 25/11/19

O.S. _____

Augusto Inácio do
Silva F. Filho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de clavícula E

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: estabilização de clavícula E

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MÉDICAMENTOS E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Montenegro 1º AUXILIAR: Pedro Giovanni

2º AUXILIAR: Fernando Ryzak INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em posição de decúbito de prona sob sedação
- 2) Propria e Antéroposterior
- 3) Colocação de corpos estranhos
- 4) Incisão em região de projeção de clavícula esquerda com estruturas profundas e de fora de fratura.
- 5) Redução e fixação de fratura com o uso de fio de Kirschner + controle radiográfico.
- 6) UMC com soro fisiológico
- 7) Sutura por plano com Vinyl Nylon
- 8) Curativo
- 9) AO RPP

Dr. Augusto Inácio do
Silva F. Filho
Ortopedista
CRM-RP 1904Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RP 1904



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

ALUIZIO LIMA DA SILVA Filho

25/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- midazolam 5mg (15)
- atropina 100µg (16)

N°

AGENTES

N 20

02

LIQUIDOS
VENOSOS

A

MS

20

DA

X

ULSO

•

ANES

X

OP

□

TEMP

□

ASPIR

A

RESP

O

Exant

Assist

Conte

SÍMBOLOS

X ⊙

⊗

AGENTES

A - Aluízio S.

B - Anestesiologista

DOSES

TÉCNICA

Aluízio de Almeida
Procedimento
Ecológico

ANOTAÇÕES

* - Check list: Monitorização, compando,
for: letas, dor, pulso,
E - O2 sob o nariz
J - Respiro e anti-espasmo
B - Aluízio não bronco (E)
Y - a (Mozoro) 5g (16)
S - Titulil 40 mg (16)

GLICOSE

LIQUIDOS

NODO

SANGUE

Cânula - Nasal / Orofaríngea
Naso / Orotraqueal - Císp
Sel - Tamanho - Calibre do Tubo
Sel - Material
Difusão Técnica

em Aluízio
NÃO

SP O2 1500

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL 1500 ML

01:30 M

OPERAÇÃO

Oscossinador de Roraima
Aluízio (E)

Lentigo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA

CÓDIGO

QUIRÚRGIO

PERDA SANGÜÍNEA

PRM-1505

PRM-1505

Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Aluizio Indio da Silva Filho		112-2	00176293	25 / 1 / 11 / 19		
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Osteossíntese Fratura de Clavícula (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
		15:29	16:36			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO	Dr. Vitor Montenegro	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano			
1º AUXILIAR	Dr. Marcos Brunner R ₂	RES. ANESTESIA:	Dr. Nito			
2º AUXILIAR	Dr. Fernando R ₂	INSTRUMENTADOR	Dr. Augusto R ₁			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio completo Braquial (E)		CIRCULANTE	Socorro e Ovando			
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			<input type="checkbox"/>	FIO VICKY Nº 0,2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0			<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 2.0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	P.1 m		<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 18 de 15 cm	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI Nº 21			<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº 18 de 15 cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº	elétrico		<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº			<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº 30ml de álcool 70%	
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº	giletti Nº 18 e 20		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº 100ml de álcool 70%	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			<input type="checkbox"/>	SURGICEL	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			<input checked="" type="checkbox"/>	GERA P/ OSO - molesom	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			<input type="checkbox"/>	KIT CATARATA Nº 100ml molesom	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			<input checked="" type="checkbox"/>	GELO - gotas	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			<input type="checkbox"/>	FIO CARDIACA	
<input type="checkbox"/>	Trinix			<input type="checkbox"/>	OUTROS: 100 ml de cloroxidina digesta	
				<input type="checkbox"/>	50ml de PVP tópico	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL		
	Louiano e Rêbua	TAXA DE SALA				
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		SOMA		
	Socorro e Ovando	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Aluizio Inacio da Silva Filho		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 25/11/19
Bloco: A	Enfermaria: 112	Leito: 02	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Daciano L. O. Vande	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					
Dados dos materiais/Servico					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

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
E-mail: son.ma.henri@hotmail.com

Nome: Alvaro Junior da Silva Filho

Data de Nasc: 08/08/81 Idade: 38 ~ Setor/leito: 112-02

Date: 25/11/19

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]

Jose Luciano dos Santos

LISTA DE EMERGÊNCIA DE SEGURANÇA - ALERGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Aluísio de Jesus da Silva FilhoIdade: 30 anosAnestesia: Óxido Nitroso e 2% Procaine

SALA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONSCIENTE:

☒ Identidade de☒ Sítio Cirúrgico☒ Procedimento☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

TESTE DE ALERGIA

☒ Aplicar ☒ Não se Aplica

TESTE DE MANTENÇÃO

☒ Sim ☐ Não se Aplica☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA☒ CONCLUIR☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNÇÃO ALARME

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

A AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não☐ Sim, e equipamento adequado e planejamento

Para fluidos

Assinatura CAV 10/09Data: 25/10/19

Hora: _____

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 instrumental, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há

questões relacionadas o equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplica

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 Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

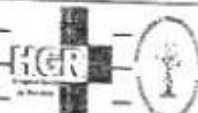
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ 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 AplicaAssinatura José Luciano dos Santos
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Assinatura o Cirúrgico



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

ALERGIAS:

IDADE:

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ITEM		
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	MAN TER.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	SN
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	SN
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	26
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
10	Tildil 20mg EV 12/12h	SN
11	Clopidogrel 600mg EV 6/6h	17-25
12	Cyproheptadina 400mg EV 12/12h	24-12-18
13		20-8
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1904

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, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM
QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	119 x 76	153		359
24 H	118 x 74	70	-	-

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SERVIÇO SOCIAL - FICHA SOCIAL

Bloco: A-112-2

017.

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM (X) NÃO	ENTRADA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)	

II- IDENTIFICAÇÃO

NOME: Aluizio Mácio da Silva
 DATA DE NASCIMENTO 08/08/1981 IDADE 38 anos
 SEXO: () FEM (X) MASC () TELEFONE:
 NACIONALIDADE: NATURALIDADE Caracaraí / RR
 ENDEREÇO Rua Cecília Mota
 Nº 372 BAIRRO Paradiseiro CIDADE Boa Vista
 ACOMPANHANTE NA UNIDADE Sun - Cuidada Alice
 PARENTESCO: CONTATO: Expos. Andrea 99120-2027
 POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM () NÃO no está na Unidade
 APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: SIM () NÃO (X)
 QUAL?
 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM (X) NÃO () BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO
 DOENÇA()
 OUTROS: Em pedido Bupera EMB.

III- CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Aguardando limpeza urbana de
acidente de moto no interior Caracaraí
BR 220 Kila RR.
Orientado benefício auxílio doença e
movimentar documentos para dar no
prontuário.

Rosângela Reis Rocha
 Assistente Social
 CRESS Nº 0141 27ª Região

ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 25/11/19

112-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE ALUIZIO INACIO DA SILVA																														
AGNÓSTICO FX CLAVICULA E																														
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
IDADE		LEITO	112-2	DATA	26/11/2019																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE																													
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO																													
3	SF 0,9% 500ML EV S/N																													
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN																													
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h																													
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN																													
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																													
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA																													
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																														
13																														
14																														
15																														
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																													
17	SSVV + CCGG 6/6 H																													
18	CURATIVO DIÁRIO																													
19																														
20																														
21																														
<p>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</p>																														
<p>EVOLUÇÃO MÉDICA: #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE #EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE COTOVELO DIREITO</p>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														
<p>DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028</p>																														



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Aluizio Francisco da Silva ANOS, 78
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 25/11/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fx de clavícula

NO DIA 25/11/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de clavícula SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/11/19 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 26/11/19 ÀS _____, COM O
DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 26/11/19

Dr. Pedro de S. Paiva
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO

Aleizio Inácio da Silva Filho

18. h PA: 116x77 mmHg P: 69 T: 35.5°C



ESTADO DE RORAIMA
TRATADO PATRIOTICO DO BRASIL

Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho

Solicitação: 20142851

Número Interno: 1901185268

Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1981

Idade: 38 ANO

Origem: HGR

Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908

Sector: PAAR

Leito: SALA DE COLETA

Data de Emissão: 11/11/2019 14:58

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014285101

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.85 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

413.64 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

104.13 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

30.07 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Monna Kelly Caledone

Monna Kelly Caledone

Bioquímica

CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 180

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado

Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima

06x951 2121 0840

E-mail: gria@yaho.com.br

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -

Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
PATRONIA PATRIOTICA DO BRASIL

Paciente: **Aluizio Inacio Da Silva Filho** Sexo: Masculino Nasc: 08/08/1981 Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851 Número Interno: 1901185268 Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908
Origem: HGR Setor: PAAR Leito: SALA DE COLETA
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58 Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014285102

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5.84 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	59.60 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	33.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.40 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.60 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.50 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.52 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	15.00 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	43.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	95.30 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	33.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.90 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	47.10 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	205.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
MPV	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
PDW	16.40	9.0 - 17.0
PCT	0.193 %	1.08 - 2.82 %

Sergio A. L. Martins
Bióquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0840
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3205 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

Paciente: Aluizio Inacio Da Silva Filho	Sexo: Masculino	Nasc: 08/08/1981	Idade: 38 ANO
Solicitação: 20142851	Número Interno: 1901185268	Solicitante: PABLO CARABALLO ECHEVARRENA JUNIOR CRM-RR 1908	
Origem: HGR	Setor: PAAR	Leito: SALA DE COLETA	
Data de Emissão: 11/11/2019 14:58	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2014285103

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE B (HBSAG)

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
HBSAG		

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
HCV		

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M24 - Imunocromatografia	Não Reagente	NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO 01		
CONCLUSÃO FINAL	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178SI009Z como TR 02.

O diagnóstico **NÃO REAGENTE** para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados **REAGENTES** para infecção pelo HIV no TR 01 e **NÃO REAGENTE** no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como **INCONCLUSIVO** para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Mônica Kelly

Monna Kelly Celedone
Bioquímica
CRF-RR 368

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/11/2019 18:07

(*) Retificado
Página 1 de 1

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
Estado de RR

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



Aluizio Inácio da Silva Filho

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DE PAI 232855

DATA DE
EXPIRAÇÃO 12/02/2020

NOVA
ALUIZIO INÁCIO DA SILVA FILHO

RELACION
ALUIZIO INÁCIO DA SILVA
CLOTILDE DE SOUZA
NATURALIDADE
CARACARAI - RR

DATA DE NASCIMENTO
08/08/1981

DOC. ORIGINAL
CERTID. NASC 6077 FLS 156 LIV A-15
1º OF CARACARAI-RR

PIS/PASEP:

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Polícia

(CPF) 737.834.472-91

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

CPF: 737.834.472-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ALUIZIO INACIO 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

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Aluizio Inácio da Silva Filho
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 232855
CPF: 737.834.472-91 ENDEREÇO: R. Ana Lúcia
BAIRRO: Jardim Floresta CIDADE: Boca Vista
CEP: 69.312-058
VÍTIMA: Aluizio Inácio da Silva Filho
CPF: 737.834.472-91 DATA DO ACIDENTE: 03.11.19
NATUREZA: ☐ DMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-00
ENDEREÇO: Rua CC 11 894 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalida a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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.

Bomvistos 21 de Maio de 20 20

Aluizio Inácio da Silva Filho
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245273/20

Vítima: ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO

CPF: 737.834.472-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2019

Titular do CPF: ALUIZIO INACIO 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

ALUIZIO INACIO DA SILVA FILHO : 737.834.472-91

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO