

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: 2947578420210107152336

Processo 0831721-90.2020.8.23.0010 ☆ - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao

Data do Movimento(Período): à

Descrição:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	07/01/2021 15:23:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2776440CONTESTACAO01.pdf Público 6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2776440CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf Público			
5	12/12/2020 23:50:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	12/12/2020 23:50:11	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	12/12/2020 23:50:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
Registro de Distribuição			
2	12/12/2020 23:50:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
5ª Vara Cível			
[+] 1	12/12/2020 23:50:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado



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

Processo: 08317219020208230010

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 **GABRIEL GOMES SANTAREM** representado por **VALÉRIA GOMES COSTA**, 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 **05/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/09/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **05/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁷ art.

1º

(...)

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	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 **GABRIEL GOMES SANTAREM**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08317219020208230010.

Rio de Janeiro, 6 de janeiro de 2021.



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190596871**

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596871

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALERIA GOMES COSTA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **VALERIA GOMES COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003905**

Conta: **0000015697-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **073.770.772-04** 4 - Nome completo da vítima: **GABRIEL GOMES SANTAREM**

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

5 - Nome completo: **VALERIA GOMES COSTA** 6 - CPF: **987.008.712-49**
7 - Profissão: **AUTONOMA** 8 - Endereço: **RUA, BOA VISTA** 9 - Número: **00226** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **NOVA CIDADE** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-208**
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel.(DDD): **9598122-7634**

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: **VALERIA GOMES COSTA**
18 - CPF do Representante Legal: **987.008.712-49** 19 - Profissão do Representante Legal: **DO LAR**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **3905** (Informar o dígito se existir) CONTA: **00015697** (Informar o dígito se existir) 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista/RR 18/10/2019**

Valeria Gomes C.
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: **073.770.772-04** 4 - Nome completo da vítima: **GABRIEL GOMES SANTAREM**

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

5 - Nome completo: **VALERIA GOMES COSTA** 6 - CPF: **987.008.712-49**
7 - Profissão: **AUTONOMA** 8 - Endereço: **RUA, BOA VISTA** 9 - Número: **00226** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **NOVA CIDADE** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-208**
15 - E-mail: **RECUSOU** 16 - Tel.(DDD): **9598122-7634**

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: **VALERIA GOMES COSTA**
18 - CPF do Representante Legal: **987.008.712-49** 19 - Profissão do Representante Legal: **DO LAR**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **3905** CONTA: **00015697** 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista/RR 18/10/2019**

Valeria Gomes C.
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/09/2019 09:46 Data/Hora Fim: 16/09/2019 10:27
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/06/2019 23:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA: RIO SÃO FRANCISCO

Bairro: Bela Vista
Nº: 352

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALÉRIA GOMES COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Luzia do Sexo: Feminino
Profissão: Autônomo
Nome da Mãe: Joelina Gomes Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA BOA VISTA
Bairro: NOVA CIDADE

Nº: 226

Nome Civil: GABRIEL GOMES SANTAREM (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a) Sexo: Masculino Nasc: 07/08/2013

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu nesta especializada para informar que na data, hora e local acima descrito, seu filho Gabriel Gomes Santarém, foi atropelado por uma motocicleta não identificada, que devido o acidente o menor sofreu lesão corporal, o mesmo foi socorrido por populares que estavam no local. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 030829/2019

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF do vítima: 073.770.772-04 4 - Nome completo da vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

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

5 - Nome completo: VALERIA GOMES COSTA 6 - CPF: 987.008.712-49
 7 - Profissão: AUTONOMA 8 - Endereço: RUA, BOA VISTA 9 - Número: 00226 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-208
 15 - E-mail: RECUSOU 16 - Id. (DDC): 9598122-7634

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: VALERIA GOMES COSTA 18 - CPF do Representante Legal: 987.008.712-49 19 - Profissão do Representante Legal: DO LAR

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme o 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 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DO CANCELAMENTO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (IDENTIFICAÇÃO PAIS, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Sempre - preencher todos os dados. Assina e anexa cópia!) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os dados)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00015697 3 - AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informação digitada no site) (Informação digitada no site) (Número digitado no site) (Número digitado no site)

Autorizo a Seguradora Líder a credenciar na fonte beneficiário informada, de acordo com a legislação/regulamento do Seguro DPVAT a qual efetuará depósito, reconhecimento do banco, desde já e somente após a efetivação do crédito, qualquer total do valor mensal.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou apresentando pedido de anulação a favor do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de reconversão do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento do pedido de anulação do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, conforme lei, desde já, em me submeter a análise médica permanente, caso necessário, às custas do Segurado, para verificação de ocorrência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 197/74.
 Deixo a que esta autorização não significa anulação da minha futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - CPF do beneficiário: _____ 24 - Data de nascimento: _____ 25 - Data de falecimento: _____
 26 - Grau de parentesco com a vítima: _____ 27 - Se a vítima de fato, companheira(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar nomes e datas de nascimento: _____ 30 - Vítima de fato, companheira(a), informar o nome completo: _____
 31 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver filhos, informar nomes e datas de nascimento: _____ 33 - Vítima de fato, companheira(a), informar o nome completo: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, o indenizatório do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e comprovarem com documentação, quando desta, ainda, que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou ressarcimento, além da responsabilidade criminal em decorrência do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a cargo): _____
 35 - CPF legível de quem assina o pedido (a cargo): _____
 36 - Assinatura de quem assina o pedido (a cargo): _____

37 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 38 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - Local e Data, Boa Vista, RR, 18/10/2018

40 - Assinatura do representante legal (se houver): Valeria Gomes Costa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA GOMES COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000015697-3

Nr. da Autenticação DAC68EB1CA9FA833



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2019

VENCIMENTO: 15/10/2019

MATRÍCULA: 00125848.6

FRANCINEI DE SOUZA SANTAREM

RUA BOA VISTA, NUM, 00226

NOVA CIDADE

BOA VISTA RR 69316-208

INSCRIÇÃO: 001.025.377.0160.000

ROTA: 17.0370

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	15659144
DT.LEITURA ANT.	DT.LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
05/2019	10	04/2019	10	03/2019	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	10 M3	23.83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,47

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

24,30

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201808 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.025.377.0160.000	09/2019	13	24,30	17.0370

82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2019

VENCIMENTO: 15/10/2019

MATRÍCULA: 00125848.6

FRANCINEI DE SOUZA SANTAREM

RUA BOA VISTA, NUM, 00226

NOVA CIDADE

BOA VISTA RR 69316-208

INSCRIÇÃO: 001.025.377.0160.000

ROTA: 17.0370

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	15659144
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2019	10	07/2019	10	06/2019	10
				05/2019	10
				04/2019	10
				03/2019	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	10 M3	23.83
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019		0,47
ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 SET 2019 GENTE SEGURADORA S/A ÁREA DE SINISTROS - DPMAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 26 SET 2019 GENTE SEGURADORA S/A		

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

24,30

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201808 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.025.377.0160.000	09/2019	13	24,30	17.0370

82640000000-4 24300004001-0 00125848601-6 09201990003-1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELANUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.800.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GABRIEL GOMES SANTAREM inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.770.772 / 04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. MANOEL RUISE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RJ</u>	CEP <u>68.309-170</u>
Email <u>CUNZAMASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>95/98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>95/58-4307</u>	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RJ

BOA VISTA 17 de setembro de 2019
Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 494 - Boa Vista - RJ

colligis pariter.

Environ	Method
---------	--------



Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde - SIMSA
Hospital da Criança Santa Antônio

PRONTUÁRIO

68211

RECEIVED BY AIRMAIL - BY MAIL
COST: 100 N.O. 12/27/50

20 SEP 2019

GENTLE SHEPHERD CHURCH

ÁREA DE MINISTROS - DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA

26 SEP 2019

GEMTE SEGUNDOORA SIA
de Capote, Miki Berman, 404-250-1100, P

Carthage de Suis

Dalje Medicinalno:

02:08:2012

Spazio:

14.

Notes

GABRIEL GOMES SANTAREM

श्री ३८८:

WALLERIA GOMES COSTA

66211

Ocupação do pai e local de trabalho? OPERADOR DE MÁQUINA (ARROZ EACCIO)

Ocupação da mãe e local de trabalho? AUTÔNOMA

Possui outra fonte de renda? Qual? NÃO

Possui agregado(s) em casa? Sim () Não (X) Parentesco: _____

Número de filhos: 02 (05 anos, 04 anos)

Residência:

() Própria (X) Alugada () Financiada () Cedida

Tipo de moradia:

(X) Alvenaria () Madeira () Mista () Talpa

Quantos cômodos? 02

Tipo de abastecimento da água?

(X) Rede Pública () Poço () Outros

Esgotamento Sanitário?

(X) Fossa Séptica () Fossa Ruiduenter () Esgoto Sanitário () Outros

Situação Habitacional:

(X) Bairro () Conj. Habitacional () Vilas/Vicinal () Sítio/Chácara () Com. Indígena

() Assentamento

Recebe algum Programa de Transferência de Renda

() Bolsa Família R\$ ____ () Crédito do Povo R\$ ____ (X) Não recebe nenhum benefício () Outros

Renda Familiar:

() Menos de 1 salário mínimo (X) 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos

*Número de filhos:

() Nascido vivos () Perdas fetais/abortos () Ignorado

*Tipo de gravidez:

() Única () Dupla () Tripla e mais () Ignorado

*Tipo de parto:

() Vaginal () Cesáreo () Ignorado

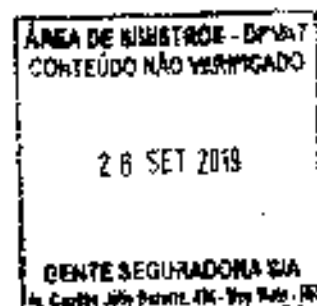
*Precedimento exclusivo para crianças menores de 1 ano - informações sobre a mãe

V - CONDUZA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Criança vítima de atropelamento por motocicleta, segundo informações da genitora, estava de saída da igreja e o acidente ocorreu no momento em que o filho atravessou a rua para encontrá-la. Realizado orientações sobre o Seguro DPVAT com entrega de material informativo (folder). A genitora recebeu orientações sobre as normas e rotinas da unidade. OBS: A genitora não apresentou documentos de identificação da criança.



Claudiane
Claudiane Costa Girão
Assistente Social
CRS 52845/RS-AMBA



() 030101004-B () 030107004-0 PACT. NEUROLÓGICO () 080101004-7 C. NASCIMENTO



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal Saúde
Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 5/6/19 O.S.

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

Diagnóstico Pré-Operatório

FRANCISCO GOMES SANTANEM

Indicação Terapêutica

Tratamento cirúrgico fratura exposta do osso da perna

Tipo de intervenção

Amputação

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Medicações e Acidentes



26 SET 2019

Cirurgião

Dr. Bruno Figueiredo

ÁREA DE SINISTROS - DENT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

Instrumentadora

Anestesistas

ADONIARE

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em DDA + anestesia
- (2) ASSEPSIA + ANTISEPSIA + campo estéril
- (3) Limpeza exaustiva e de todos os ossos da perna
- (4) Fechamento por planos + curativo
- (5) TALA fixação por placa
- (6) RPA

5/6/19

Data

Dr. Bruno Figueiredo - A. Santos
Ortopedista + Traumatologista
RQE 60375/2017
CRM 1047

Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA
HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO - HCSA

Sistema

HORA DA ENTRADA: 11:00	DATA:
NOME DO PACIENTE: Gabriel Gomes Sanitarium	DATA NASC: 02/08/2012
SUS:	IDADE: 05
MAE: Valéria Gomes Costa	
ENDEREÇO: Rua Esmeralda, 1226	CIDADE: BOA VISTA
BAIRRO: Nova Cidade	
TELEFONE: 984019597	
ACOMPANHANTE: mãe	

QUEIXA:

OBSERVAÇÃO:

PESO: 22kg TEMPERATURA:

CLASSIFICAÇÃO: () VERMELHO () LARANJA () AMARELO () VERDE () AZUL

Breve Histórico/Observação/Dados Clínicos:

Paciente virou de azoopermanente, muito, e usou um
co - arte - cutâneo em nervos inferiores

Exame físico

ex. Físico

Paciente eufórico, 22kg, corado, hirsuto, hirsuto

AC/M: 22kg, 110cm, 18

ABO: 18/10/18

No. exame anterior: 18/10/18

PRESCRIÇÃO Ob. RX 18/10/18

- ① Dipirona 0.9 - l (EV)
- ② Paracetamol 20mg (EV)
- ③ Soro 400ml (EV)
- ④ Ceftriaxona 500mg (EV)

23/18

Dr. Marcelo Marques
Médico de Família
Onde está a farmácia
Cidade Boa Vista

Dr. Marcelo Marques
Médico de Família
Onde está a farmácia
Cidade Boa Vista



Hospital da Criança Santo Antonio

Cód. Atendi: Paciente:

00179052 000006921 GABRIEL GOMES SANTANEM

CMS:

Data Nascimento: Idade:

07/08/2012

6

Unidade de Internação e Leito:



Serviço Social

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☒ Visita ao Leito | ☐ Mediação de Conflitos | ☒ Acolhimento | ☐ Autorização |
| ☒ Esuta Qualificada | ☐ Viabilização | ☐ Visita Domiciliar | ☐ Relatório Situacional |
| ☐ Contato Familiar | ☒ Orientação | ☐ Visita Ins. | ☐ Busca Ativa |
| ☐ Contato Institucional | ☐ Articulação entre setores internos | ☐ Conserv. de Corpo | ☐ Reunião Multidisciplinar |
| ☐ Estudo de Caso | ☐ Encaminhamento | ☐ Registro Social | ☐ Declaração |
| ☐ Outras Demandas | ☐ Contra Referência | ☐ Entrevista Social | ☐ Parecer |
| | | ☐ Agendamento | ☐ Certidão de Nascimento |

Observações:

CP - vítima de atropelamento ocasionado por motocicleta, internada no Bloco F. Realizado acolhimento e orientações referente ao Seguro DPVAT e egera nas normas e rotinas da unidade. Preenchida a Ficha Social anexada no prontuário.

Bom Vista - RR SEXTA-FEIRA, 07 DE JUNHO DE 2019

VALERIA GOMES COSTA

Assinatura do Responsável

Claudiane Costa Giraó
Claudiane Costa Giraó

CLAUDIANE COSTA GIRAÓ Assistente Social GRESS: 5358
Assinatura e Carimbo

FICHAS DE GASTOS

KIT PUNÇÃO VENOSA
 KIT NEBULIZAÇÃO
 KIT DEXTRO
 KIT OXIGENOTERAPIA
 KIT ASPIRAÇÃO
 KIT SONDAÇÃO NASOGÁSTRICA
 KIT SONDAÇÃO ENTERAL
 KIT SONDAÇÃO VESICAL
 KIT SONDAÇÃO SIMPLES
 KIT SONDAÇÃO GRANDE
 DIVERSOS
 ÁGUA DESTILADA 10ml
 SERINGA 20ml
 SERINGA 10ml
 SERINGA 05ml
 SERINGA 03ml
 SERINGA 1ml
 EQUIPO MACROGOTAS COM INJETOR
 EQUIPO MICROGOTAS COM INJETOR
 AGULHA N°
 GAZE (PADOIE)
 ALCOOL 701%
 JELCO N°
 MASCARA
 LUVA DE PROCEDIMENTOS
 GORRO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

13:30h. Pac. internado no 1º andar do HSE, inconsciente de nível, ativo
 consciente, apnéia, respiração labial, diminuída a la presença de AP
 HSD, diminuída a presença de. Sinais de desidratação da mucosa de boca e
 gen. Não desentulha, al. de oxigenação e faturar de HSE. Encaminhado ao Hospital

Paciente recebido do CC após procedimento cirúrgico de
 colocação de Tala Iguino pedálica em TEE, refere dor.
 diminuindo a dor com E.V. 12ml (7).
 O do paciente choroso
 refer. dor. Fato de dor.

Sônia C. de Freitas
 ENFERMEIRA
 DRENAGEM 100



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO

CONTROLE SINAIS VITAIS E CONTROLE HÍDRICO - UTIP



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

Data: 05 / 06 / 2024 Fase:

Nome: Gabriel Viana Santana
Registros: 3
Idade: 20
Data da internação na UTIP: 1 / 1

Diagnóstico: Doença de PTB

SINAIS VITAIS

GANHOS

CONTROLE HÍDRICO

PERDAS

CUIDADOS ESPECIAIS

ASSINATURA E
CARIMBO

HORA

Temp.

P.A.

F.C.

F.R.

SpO2

Dieta

Sond.

NPP

Medicação EV

Medicação VO

Hemoderivado

Sedação

Comação de:

Fase de:

Diurese

Fazes

Sondas

Órains

Aspiração

FO2

PEEP

PIP

FAP

Oxigênio
terapia

Dextros

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

14h

15h

16h

17h

18h

19h

20h

21h

22h

23h

24h

01h

02h

03h

04h

05h

06h

07h

08h

09h

10h

11h

12h

13h

Placenta

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Exames e/ou recomendações:

Evolução de Enfermagem

Manhã:

Assinalar se

re que foi realizado o procedimento e localizar os materiais abaixo:

Kit Punção Venosa

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenioterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de demora

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Reidratação de Dreno de Torax

Retirada do Ponto

Lavagem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (faciada)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Noite: Recém nascido de alto risco

recém nascido com amarelão

ouvido direito e esquerdo

exame físico e avaliação

de os cuidados gerais de

o do parto

recém nascido



Santo Antônio
Hospital da Graça

CONTROLE DE SINAIS VITAIS HÍDRICO

Secretaria Municipal
de Saúde - SMSA



Data: 06 / 06 / 2023

Peso:

Nome:

Colmell, Edna Souto

Bloco:

Leito:

13

Diagnóstico:

Intoxicação

Registro:

Idade: 52

Data de internação: 05 / 06 / 2023

SINAIS VITAIS

CONTROLE HÍDRICO

Hora	Temp	PA	FC	FR	SpO2	Dieta	Soro	VPO	GANHOS				PERDAS				CUIDADOS ESPECIAIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
									Medicação EV	Medicação VO	Hemoderivados	Sedação	Correção de	Falta de	Digestão	Fezes	Secreção gástrica	Vômitos (amarelo)	Sondas / Drains	Aspiração	Fluído	PRP	R-P	FAP	Oxigenio: terapia	Neletra	PAC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
07h																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

Assinatura Legível
do Técnico de
Enfermagem

Exames e/ou recomendações:

33 10:30 AM 02/06/2023

Evolução de Enfermagem

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

Paciente: Isaac Menor em pré-op.

ele cursa obstrução e pancreatite, devida a pancreatite crônica, com VT II moderada, em jejum desde a época da mãe - enf. cluda

15:00. Menor expulso, cateterizado

hora, o HIE moderado, com 90% de

em o bloco de cirurgia

COPIAR

Kit Punção Venosa

Kit Nebulização

Cateter nasal (oxigenioterapia)

Sondagem Nasogástrica

Sondagem Enteral

Sondagem Vesical de alívio

Sondagem Vesical de diurese

Curativo Grau I

Curativo Grau II

Retirada de Dreno de Tórax

Retirada de Ponto

Lavegem Gástrica

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fechada)

Bolsa de Colostomia (drenável)

Outros:

Fonte:

Evolução de Enfermagem

ਅੰਕ ੧੫:

Assinalar sempre que for realizado o procedimento ou quando trocar os materiais abaixo:

Kit Puncak Wonder

Kṛt Nāḥuizācāḥ:

Captarid acid (oxigenoliferous)

Sondagurta Námsgæstir

Somdāgūm Enkerq

Sondagem Vascular do Alívio

Sonâmbrogem Visual de Ideação

Çarabivə Güna.

Guaranteed Delivery !!

Retirada de Drenos de Tórax

உதயசுந்தரம் தே. பஞ்சவர்ணம்

Laryngitis **Disorders**

Troca de sonda de gastrostomia

Bolsa de Colostomia (fechado)

Bolsa de Colômbia (drenável)

Quibus:

Moite:

Nome: Renato de Lencastre em Porto, em 1913
Mestre de Teoria de Mat. em 1913
Trabalho de Teoria de Mat. em 1913
Trabalho de Teoria de Mat. em 1913
Trabalho de Teoria de Mat. em 1913

7-
 Sistema C de Previsão
 ENFERMAGEM
 PROFESSOR DR. JAC

Evolução da Enfermagem

As

As par sempre que for realizado o procedimento em quando trocar os materiais abaixo:

Mattha: Tard 44:00c 11:00 0:00 0:00

de circuitos operacionais e materiais,
com NID imobilizado, este de 100
mil e de 100 mil. — Enciclos
15:00 1 mil e 100 mil.

every one in the world, not
even our Pope at Rome.

GOVERNMENT OF CANADA

Cum gratia

Cūṣṭhiyo Giraṃu II

Reúñada de Perno de Tórax

સુઝાનના દા. પ્રધાન

Lavengem Gistricc

Troca de sonda de gastrostomia

Balsam de Coposoma (Tehad)

Bolsa de Círculos (derby)

Outros:

Noite:



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Secretaria Municipal de Saúde

NOME: ERICK GOMES SANTANA

IDADE: 5 anos

PESO: 12,0 kg PRONTUÁRIO: _____

HD: _____

BLOCO: F LEITO: 13

Fratura exposta de perna (E)

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
5/6/19	(1) Dieta diet. líquida (2) RUP (3) ceftriaxona 1g IV. 12/12 horas (4) oxacilina 660mg IV. 4/4 horas (5) dipirona 660mg IV. 6/6 horas S/N (6) Ibuprofeno 20mg 3/8 horas (7) ondasefona 3mg IV. 3/8 horas S/N/SN (8) sinais vitais 6/6 horas (9) Transmucil 20mg + 50ml @ 8h/1. S/N/SN	SND Nutrição 3h 12 6h 10 14 18 9h 12 16 MTF Rotina
	Dr. [Assinatura] Assinatura Assinatura	
	Assinatura Assinatura	

Assinatura F





HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GABRIEL GÓMEZ SANTAREM				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E		DR BRUNO F		
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	10/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				5 N D
	AVP				manhã
	CEFTRIAXNA 1g EV 12/12HRS				12:00
	DIPTRONA 1ML EV 8/8H SN				5:00
	ONDANSETRON 1.0ML EV 8/8HRS				5:00
	SSVV + CCGG 5/5 H				Rotina
	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				10:00

CRIANÇA NO LEITO, ESTAVEL
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO
RISCO + EX LAB 09/08 - Lócio 7.9, 218 9.1

D

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Prefeitura Municipal de Boa Vista



Secretaria Municipal de Saúde

NOME: Adriano Gomes Pontes

IDADE: 5

PESO: 10 PRONTUÁRIO:

ND:

BLOCO: F

LEITO: 13

Data/Hora	Prescrição Médica	Horário da Medicação
11/06/19	1) Dose sup para mda	SND
11/06/19	2) sup	master
11/06/19	3) Ceftriaxona 1000mg @ 12/24 hrs.	12/24
11/06/19	4) Dose sup 0.6g @ 12/24 hrs.	SND
11/06/19	5) Enox + cefepime 600mg @ 12/24 hrs.	Rotigone
11/06/19	6) Amoxiclav 800mg @ 6/12/18	12/18/24/26
11/06/19	7) Amoxiclav 800mg	
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		
11/06/19		

Paciente em estado geral

estável, sem febre

sem sinais de desidratação

Assinado: [Assinatura]
Médico Responsável



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE GABRIEL GOMEZ SANTAREM					
DIAGNÓSTICO EX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E				DR BRUNO F	
ALERGIAS				PESO	20
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	12/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				5:00
	AVP				12:00
2.08	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				12:00
	DIPYRONA 1ML EV 6/6H/SN				08:00
	ONDANSETRON 1.0ML EV 8/8HRS				
	SSVV + CCGG 6/6 H				
	CURATIVO DIÁRIO				
2.09	OXACILINA 666MG EV 4/4HRS				10:00

13

24/06/2019

CRIANÇA NO LEITO, ESTÁVEL
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO
RISCO + EX LAB 09/06

Dr. Marcelo Marques
Médico Pediatra
Otorrinolaringologista
CRM 11517/RN

D

SINAIS VITAIS						
B.H	PA	FC	FR			
12.H						
18.H						
24.H						



Santo Antônio

Hospital da Criança

Secretaria Municipal
da Saúde - SMSA



RECEITUÁRIO

LT 13
Bloco F

Nome Galvina Gomes Santos Idade: _____
Endereço: _____ Sexo: F () M ()

Meia anestesia

DATA 10/6/10

Assinatura e Rubrica do Médico

Av. das Glórias nº 1645 - 13 de Setembro CEP: 69300-160 Boa Vista - RR

Fone: (68) 3195.3000 e-mail: smsa@boa-vista.rr.gov.br

CNPJ: 06.945.040/0001-27



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	GABRIEL GOMEZ SANTAREM				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA E		DR BRUNO F		
ALERGIAS			PESO	20	
IDADE	5	LEITO	F13	DATA	15/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
	DIETA ORAL PARA IDADE				
	AVP				
	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				
	DIPIRONA 1MLEV 6/6H SN				
	ONDANSETRON 1.0MLEV 8/8HRS				
	SSVV + CCGG 6/6 H				
	CURATIVO DIÁRIO				
	OXACILINA 566MG EV 4/4HRS				

CRIANÇA NO LEITO, ESTÁVEL
MANTENHO SUPORTE CLÍNICO
RISCO + EX LAB-09/06
ALTA HOSPITALAR

Dr. Odinachi Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14534/RN

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR				
12 H							
18 H							
24 H							



DATA/HORA

EVOLUÇÃO

30/06/19

GABRIEL GOMES SANTAREM, 5a

PSICOLOGIA (MANHÃ)

Atendimento a genitora que encontra-se bastante apreensiva diante a situação do filho. A mesma foi orientada sobre o papel de acompanhante e equilíbrio emocional durante a internação. No momento o paciente estava tranquilo e comunicativo.

Rivaldisa Barbosa Dantas

Psicóloga

CRP 201455



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

1- Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe:

- Nome do procedimento realizado. *Tratamento cirúrgico de fratura exposta + 12*

- Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas estão corretas:

☒ SIM ☐ NÃO

2- Biópsias estão identificadas e com solicitações médicas?

☐ SIM ☐ NÃO

3- Houve algum problema com Equipamentos que devem ser resolvidos?

☐ SIM ☒ NÃO

- Cirurgião, Anestesiista e Enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente.

Observação:

Assinatura : _____

Elisângela C. Lopes
Enfermeira
COBEN 121067 ERM



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIREÇÃO DO HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO
PROTOCOLO

CHECKLIST QUE COMPÕE O PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA.

CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

- 1- Identificação do paciente: Gabriel Gomes Santana
- 2- Local da Cirurgia a ser feita: MIC
- 3- Procedimento a ser realizado: Tratamento cirúrgico de fratura do perone MIC
- 4- Consentimento informado realizado: ☒ SIM ☐ NÃO
- 5- Checagem do Equipamento Anestésico: ☒ SIM ☐ NÃO
- 6- Oxímetro de Pulso Instalado e Funcionando: ☒ SIM ☐ NÃO
- 7- O Paciente tem Alguma Alergia? ☐ SIM ☒ NÃO
- Sim, alergia a quê?
- 8- Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? ☐ SIM ☒ NÃO
- 9- Há Equipamentos disponíveis para atender intercorrências supracitadas? ☒ SIM ☐ NÃO
- 10- Há Risco de Perda Sanguínea > 500ml (7ml/Kg em Crianças)? ☐ SIM ☒ NÃO
- 11- Há acesso venoso e planejamento para reposição? ☒ SIM ☐ NÃO

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA:

- 1- Todos os Profissionais da Equipe Confirmam Nomes:
- Cirurgião: Dr. Bruno Cirurgião Auxiliar: Dr. Marcelo RZ
- Anestesiologista: Dr. Adenilson Instrumentador:
- Enfermeiro(a): Elza
- Técnicos de Enfermagem: Marcelly - Lizomara
- 2- Antecipação de Eventos Críticos: Revisão do Cirurgião: ☒ SIM ☐ NÃO
Há passos críticos na cirurgia? ☐ SIM ☒ NÃO
- 3- Qual sua duração estimada? ☐ 1 Hora ☐ 2 Horas ☐ 3 Horas ☒ Outras
- 4- Há possíveis perdas sanguíneas? ☐ SIM ☒ NÃO
- 5- Revisão do Anestesiologista:
- Há alguma preocupação em relação ao Paciente? ☐ SIM ☒ NÃO
- 6- Revisão da Enfermagem:
- Houve Correta esterilização do instrumental cirúrgico? ☒ SIM ☐ NÃO
- Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? ☐ SIM ☒ NÃO
- 7- O Antibiótico Profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
☒ SIM ☐ NÃO
- 8- Exames de Imagem estão disponíveis? ☒ SIM ☐ NÃO



HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO
ANTÔNIO

FICHA ANESTÉSICA



REC. MEDICACAO - DINGGA - DOCE - 11030495710

06/06/19

Nome: Gabriel Gomes Santos

Prontuário:

08:00

09:00

P. 20 Kg
Id: 50

AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
N21												
7												

QUÍMICOS
VENCIMOS

19.5
250 ml

Dr	°C	240
X	28	220
PULSO	30	200
O		
ANES	32	180
X	32	160
UP		
D	30	140
TEMP	32	120
ASF	130	
TEMP	80	
RESP	60	
P	40	
	20	
EXPONT.		
ASSIST.		
CONTRO		

SÍMBOLOS

X @

M

AGENTES	DOSES/TECNICA
Propofol 0.5%	Propofol 0.5% mediana
Supraventil	Supraventil 0.5% mediana
C	20 ml, 20 ml, 20 ml
D	20 ml, 20 ml, 20 ml
F	20 ml, 20 ml, 20 ml
G	20 ml, 20 ml, 20 ml
GLICOSE	20 ml, 20 ml, 20 ml
REDO	20 ml, 20 ml, 20 ml
SANGUE	20 ml, 20 ml, 20 ml

ASOTADES

Checagem do aparelho,
equipamentos;
Monitorização
ECG; PANI; ECG; SpO₂
#

TOTAL	OPERAÇÃO	ANESTESIAS	COB. CIRURGIA	PERDA SANGÜINEA
	Treatmento cirurgico de Fratura Exposta de Membro Inferior Esquerdo	Dr. Adonias	Dr. Barone F.	

D



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/06/19 Q.S.

Luís Carlos Pereira

Diagnóstico Pré-Operatório

Indicação Terapêutica

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Instrumentador

Anestesiistas

Anestesia

Início

1º Auxiliar

Duração

Fim

20 SET 2019

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em V.D. de Lb. esquerda
- 2) Anestesia e Intubação
- 3) Retirada lateralizada de fístula com o. para
- 4) colocação de fuso de placa - protuberância
- 5) RPA



Dr. Odirnei Oliveira
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 152118

Assinatura

14/06/19
Data



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

RELATÓRIO CENTRO
CIRÚRGICO



Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Boa Vista

BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 14/06/15 O.S.

Gabriel Gomes Lacerda

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura dos ossos do pé direito

ação Terapêutica

Redução imediata da fratura do pé direito e
fixação com fios de sutura

Tipo de intervenção

Medicações e Acidentes

Cirurgião

Dr. Jonathan

1º Auxiliar

Dr. Gabriel R.

Instrumentadora

Anestesiista

Anestesia

Início

Fim

Duração

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em V.D.H. sob anestesia
2) Anestesia e intubação
3) Redução imediata da fratura dos ossos do pé direito
4) Colocação de fios de sutura - pedicúlo
5) RPA

Dr. Edmundo Ometto
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 48718

14/06/15

Data

Assinatura



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



NOME DO PACIENTE <i>Edson Gomes Santana</i>		APT°/LEITO	Nº PRONTUÁRIO	DATA <i>06.10.19</i>
CIRURGIÃO TIPO <i>1º Cirurgião de Fraturas Exp. M.E.</i>	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO <i>01:00</i>	FIM <i>01:13</i>	TEMPO TOTAL
EQUIPE MÉDICA		<i>02:53</i>		
CIRURGIÃO <i>Dr. Bruno</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Adenias</i>		
1º AUXILIAR <i>Dr. Marcelo</i>		INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		

TIPO DE ANESTESIA			TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO <i>continuas</i>	
	CATUT SIMPLES Nº		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	250
	VICRYL		☒ 1	FRASCO SORO FISIOL. 500	
	CATUT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUT CROMADO Nº			XYLOCAINA % CC 5%	
	CATUT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA Nº			PUPI ALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			POLVIDINE DEGERMANTE 30 ml	
1	MONONYLON 01 AGULHA 3,0			ALCOOL 70% 50 ml	
	MONONYLON 51 AGULHA			POLVIDINE TÓPICO	
☐	UNIDADE DE GAZE <i>pele</i>			GLICOSE %	
	PARIS DE LUVA Nº		☐	ATADURA DE CREPON Nº 20	
	EQUIPOS P/ SORO			ATADURA GESSADA Nº	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS Nº		☐	ALGODÃO ORTOPÉDICO Nº 20	
	SONDAS Nº			<i>seringas 3 ml - 10 ml</i>	
1	AGULHAS <i>p/ neuroanestesia</i>		☒	<i>elatis 20</i>	
☒ 1	COMPRESSAS <i>pele</i>		1	<i>catêtes O₂</i>	
1	LÂMINAS P/ BISTURI Nº 13				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE		
FUNCIONÁRIO (A) CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO (A) C DO PACIENTE FEITO LAÇAMENTO		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE		MATERIAL/MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALVE ANESTESIA	
		SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



HOSPITAL DA CRIANÇA
SANTO ANTÔNIO

FICHA DE MATERIAL DE
CONSUMO EM CIRURGIA



Id. 50 P. ± 20 Kg

NOME DO PACIENTE	Gabriel Gomes Pontes	APT° LEITO	N° PRONTUÁRIO	DATA	19/06/19
CIRURGIÃO TIPO	Redução + Enxerto de Osso	TEMPO DE DURAÇÃO	INÍCIO	14:52	FIM
EQUIPE MÉDICA	15:03	TEMPO TOTAL			
CIRURGIÃO	Dr. Ghonatan	ANESTESISTA	Dr. Celso Wanderlei		
1° AUXILIAR	Dr. Adinarta	INSTRUMENTADOR	Guilherme		
2° AUXILIAR	-	CIRCULANTE	Regelina + Jairo		

TIPO DE ANESTESIA: Geral, litoso (14:48) TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATUT SIMPLES N°		1	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO % CC	2,50
	VICRYL			FRASCO SORO	
	CATUT			FRASCO SORO GLICOSADO % CC	
	CATUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA % CC	
	CATUT CROMADO N°			XYLOCAINA % CC	
	CATUT ATRAUMÁTICO RETO			ALGODÃO	
	CATUT ATRAUMÁTICO CURVO			JELCO	
	FIOS SEDA N°			PURALCOOL	
	FIOS DE ALGODÃO N°			POLVIDINE DEGERMANTE	
	MONONYLON C/ AGULHA			ALCOOL 70%	
	MONONYLON S/ AGULHA			POLVIDINE TÓRICO	
	UNIDADE DE GAZE			GLICOSE %	
	PAIS DE LUVA N°			ATADURA DE CREPON N°	
1	EQUIPOS P/ SORO clatex + malla		15	ATADURA GESSADA N° 15 cm	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			ÁGUA OXIGENADA	
	DRENOS N°		12	ALGODÃO ORTOPÉDICO N° 20 cm	
	SONDAS N°		12	Eletrodo	
	AGULHAS			seringa 10 ml 20.1	
	COMPRESSAS				
	LÂMINAS P/ BISTURI				

SOMA DOS MATERIAIS

SOMA DOS MEDICAMENTOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA		DEBITAR NA G.C. DO PACIENTE	VALOR
VISTO DOS RESPONSÁVEIS			
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA (O) CHEFE		
FUNCIONÁRIO AYCÁLCULOS	FUNCIONÁRIO ALC DO PACIENTE FEITO LANCAMENTO		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
		TAXA DE SALA E ANESTESIA	
		SOMA	

ATENÇÃO: ESCREVA NO VERSO SE NECESSÁRIO



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GABRIEL GONÇALVES SANTANA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CID/CEP MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura do osso da perna esquerda.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumático com

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

exame físico + RX

23 - DIAGNÓSTICO

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta perna E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (Nº CRESSO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE) SESSANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (SUSCITANTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO

MARCIO RZ

Dr. Bruno Ribeiro

5/6/19

Dr. Bruno Ribeiro

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNES DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

41 - EERE

38 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

40 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TIPO

42 - Causa Emergência

43 - Causa da Empresa

44 - CBR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - PREVIDÊNCIA

47 - EMPREGADOR

48 - AUTÔNOMO

49 - DESSEMPREGADO

50 - APOSENTADO

51 - NÃO PREVIDADO

AUTORIZAÇÃO

52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

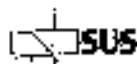
54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - DOCUMENTO

56 - Nº DOCUMENTO (Nº CRESSO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.C.S. A

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO LANCIANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - LINHA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, Nº-QUILÔMETRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. INTERMUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura fechada da
osso da perna (S)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

História de trauma com fratura da perna

23 - CLASSIFICAÇÃO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CRISTÓFALO PROFISSIONAL, SEMPRE ASSINADO)

33 - NOME DO PROFISSIONAL DO CBO 331 (ASSISTENTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CBO 331

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNV DA SEGURADORA

40 - Nº DO CNV

41 - Nº DE

42 - CNV EMPRESA

43 - CNV DA EMPRESA

44 - CBO 331

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - ACIDENTADO

6 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CBO DO PROFISSIONAL

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (CBO 331) REGISTRADO DO CBO 331

Paciente: **Gabriel Gomes Santarem** Sexo: **Masculino** Nascimento: **07/08/2012** Idade: **7 ANO**
Solicitação: **33036286** Número Interno: Solicitante: **DOINACH I DOBRIKWI OREMI OREMI 1851**
Origem: **HCSA** Setor: **Bloco F** Leito: **Leito 13**
Data de Emissão: **08/08/2018 11:47** Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: **3303628603**

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: **SERUM TOTAL**

Métodologia: **M26 - Automatisado (bc-5380)**

LEUCOGRAMA

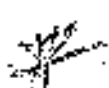
	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	7.90 x10⁹/μL	4.8 - 10.0 x10 ⁹ /μL
NEUTRÓFILOS	52.00 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	32.00 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	2.00 %	5.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	14.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.00 %	0.0 - 1.0 %

HEMATÓGRAMA

LEUCÓCITOS	3.81 x10⁶/μL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /μL
HEMOGLOBINA	9.70 g/dL	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	28.70 %	40.0 - 50.0 %
MCV	79.60 μg/L	87.0 - 103.0 μg/L
HCM	26.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.80 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.70 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	39.30 fL	35.0 - 58.0 fL

PLAQUETÓGRAMA

PLAQUETAS	322.00 x10⁹/μL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /μL
VPM	7.20 fL	6.0 - 12.0 fL
APF	15.40	9.0 - 17.0
PCT	0.232 %	1.00 - 2.80 %


Dra. Juliana Góes de Faria
Farmacêutica - Bióloga
CRF - RR 057

Responsável Técnico: **Valdo Bruno Faria da Silva** - Inscrição: 144330 - CRF - RR 057
OBS: Utilização exclusiva médica e/ou odontológica

08/08/2018 11:47

08/08/2018
Página 5 de 7

Paciente: Gabriel Gomes Santarem		Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 30030300	Número Interno:	Solicitante: ODINIZHI UDQCHUNVU OKEMIR CRM-RR 1851		
Origem: HCSA		Setor: Bloco F	Leito: Leito 18	
Data de Emissão: 08/09/2019 13:26		Recebimento:		

Resultado da Exame

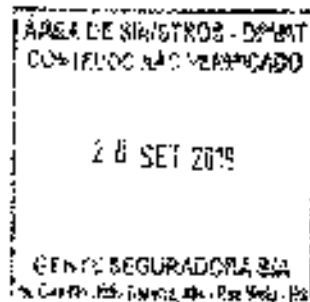
Amostra: 3003030001

DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE

Materia: OBSERVACIONAL	Resultado	Referência
Método: M35 - Tempo De Duke	1'45" Min	1,0 - 4,0 Min
TEMPO DE SANGRIA		

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Materia: SANGUE TOTAL	Resultado	Referência
Método: M3B - Lee White	4'00" Min	4,0 - 10,0 Min
TEMPO DE COAGULAÇÃO		



Dr. Juliana Cristina Falcão
Farmacêutica - Bloco F
CRM - RR 067

Responsável Técnico: **Wladimir Bruno Pereira Gomes** - Responsável Técnico - CRM - 191211
CBO: 11020505 - Intendência médica de saúde pessoal

08/09/2019 13:26

Dr. Antônio
Página 1 de 1

Paciente: Gabriel Gomes Santarém	Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 7 ANO
Solicitação: 30032295	Número Interio:	Solicitante: ODINACHI USOCKUKWU OKEMIRI GRM-RR 1651	
Origem: HCSA	Setor: Bloco F	Leito: Leito 13	
Data de Entrega: 05/06/2019 11:47	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: **380262B521**

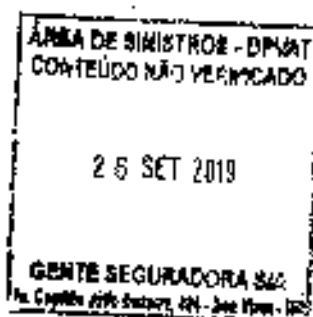
COAGULOGRAMA COMPLETO

MATERIAL: PLASMA	Resultado	Referência
Métodologia: MST - Indeterminada		
TEMPO DE PROTROMBINA	14,0 seg	10,0 - 14,0 seg
PTI	1,08	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	35 seg.	25,0 - 39,0 seg

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos exames de coagulograma e por esse razão não pode garantir a correta preservação.

Amostras coletadas sob circunstância esressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.



Dra. Juliana Cristina Ferreira
Farmácia-Bioquímica
CRF - RR 007

Responsável Técnico: **Walter Paulo Furtado Gomes** - Análises Clínicas - CRF - RR 021
CNPJ: 08.000.000/0001-91 - Rua 13 de Maio, 100 - Boa Vista - RR

05/06/2019 11:47

Realizado
Página 1 de 2

Paciente: Gabriel Gomes Santarem	Sexo: Masculino	Nasc: 07/08/2012	Idade: 1 ANO
Solicitação: 30030295	Número Interno:	Solicitante: COINACHI UDOCHIKWU OKEMIRI CRM-RR 1861	
Origem: HC/Sa	Satur: Síaco F	Leito: Leito 13	
Data de Emissão: 09/09/2014 11:47	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 3003029502

DOSAGEM DE CREATININA

Materiais: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M11 - Clorído, Flonita Alcalina	0,59 mg/dL	0,7 - 1,3 mg/dL
CREATININA		

Notas

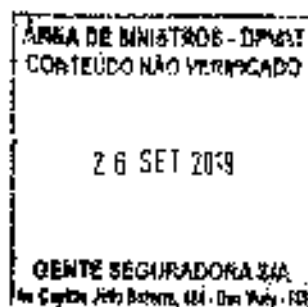
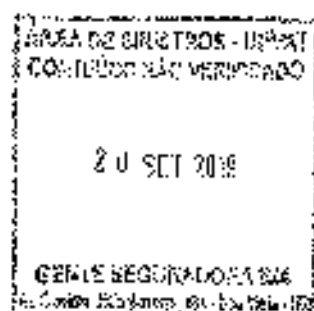
A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados não exigem um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE

Materiais: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M01 - Enzimas Colorimétricas (glicose-oxidas)	100,31 mg/dL	60,0 - 99,0 mg/dL
GLICOSE SÉRIA		

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Materiais: SORO	Resultado	Referência
Métodologia: M17 - Clorído Ur (urase)	21,87 mg/dL	10,0 - 40,0 mg/dL
URÉIA		



Dr. Alvaro Andrade Gonçalves
Biomédico
CRM - PA 575

Responsável Técnica: Wilenei Muniz de Sá Góes - Responsável Técnica - CRM - PA 431

Out: Utilização do equipamento material sob a posse

00000014 1007

(1) Reflexão

Página 2 de 3

HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTONIO

CRUZEIRO - BRASIL - RIO DE JANEIRO

TEL. 310.7410.

E



ITAL DA CRANCA SANTO ANTONIO

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
500 5TH AVENUE NEW YORK 17, N.Y.

1111

0
0
0



HOSPITAL DA CRIANCA SANTO ANTONIO

Tec: MARCIO BRL



Laudos Médicos

Gabriel Jesus Santarém, vítima de acidente automobilístico, sendo atendido no Pronto Socorro de Criança, Santo Antônio, sendo diagnosticado fratura exposta de tíbia esquerda. Foi realizado tratamento conservador com tala circular por cerca de 90 dias. Após alta médica, permanecendo apresentando marcha claudicante à esquerda, hesitação do membro inferior esquerdo, dor e espasmos repetitivos. Refere dor e palpitação durante exames clínicos.

Conclusões: Permanecendo com sequelas funcionais permanentes do membro inferior esquerdo.

Boa Vista, 17/10/2019


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



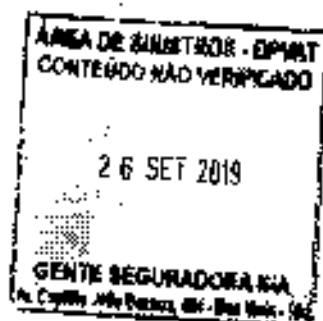
Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
073.770.772-04

Nome
GABRIEL GOMES SANTAREM

Nascimento
07/08/2013



CÓDIGO DE CONTROLE
3444.5F18.28D3.8591

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:03:02 do dia 10/07/2018 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DESDOPE JOELHO FILHO
INTELIGENCIA DE OUTROS PESSOAS NATURAS
VIA DA PAZ 5, RUIM
ALTO DE SANTA MARIA LINDA
ALTO DE SANTA MARIA LINDA
BOA VISTA - RORAIMA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIFICADO DE NASCIMENTO

NOME

GUINEL GOMES SANTAREM

NASCIMENTO

06/07/01 às 20h 10min 23s 040542 54

20 SET 2010

CENTE SEGURADORA S/A
MILITARES E CIVIS

IDENTIFICADO POR R.F. 123456789
IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

LOCAL DO NASCIMENTO EM RORAIMA

LOCAL DO NASCIMENTO

IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO

FRANCIEL DE SOUZA SANTAREM - VALERIA GOMES SANTAREM

PAI: JOS. GUINERME FERREIRA SANTAREM - MARIA ANTONIA DE SOUZA SANTAREM
MATER: ROS. RAIMUNDA KAYLI COSTA FILHO - LILIANA COSTA COSTA

LOCAL DO NASCIMENTO EM RORAIMA

LOCAL

LOCAL DO NASCIMENTO EM RORAIMA
IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO DE OUTROS NAT. 123456789

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO

IDENTIFICADO



VALÉRIA GOMES COSTA

FILIAÇÃO.....: RAIMUNDO XAVIER COSTA FILHO
JOELINA GOMES COSTA
SEXO: FEMININO

NASCIMENTO.....: 09/12/1990

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTA LUZIA DO PARUÁ - MA

DOCUMENTO.....: R.G. 3408124 SESP RR 05/01/2006

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 987.008.712-49

TIT. ELEITOR:

CNH:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/04/2010

[Handwritten signature]
Mário Costa de Araújo
Supervisor
ANTT/RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR



Valéria Gomes Costa

4290511

003-0

RR

166.52413.36-2

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - SP

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - SP

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

NOME
ROSANGELA NUNES MASULLO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA
208734 SESP RR

CPF
321.801.442-53

DATA NASCIMENTO
01/05/1972

FILIAÇÃO
GENNARO MASULLO
ROSARIA SERRAO NUNES

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
AB

CAT HAB
AB

1ª REGISTRO
06050025726

VALIDADE
22/04/2015

1ª HABILITAÇÃO
22/04/2014

OBSERVAÇÕES

ROSANGELA NUNES MASULLO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
23/04/2014

01490231461
RR207247390

DETRAN - RORAIMA

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
860356320

PROIBIDO PLASTIFICAR
860356320

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190596871
Nome do(a) Examinado(a):	GABRIEL GOMES SANTAREM
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BOA VISTA 226 NOVA CIDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	073.770.772-04
Data e local do acidente:	05/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 31/10/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM FRATURA DA TÍBIA/ FÍBULA E

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA, NÃO LEMBRA DATA DA ALTA

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: DISCRETA ALTERAÇÃO ANATOMICA + CLAUDICAÇÃO+ SINAIS DE ENCURTAMENTO

IV) Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MIE: COMPROMETIMENTO ANATOMO FUNCIONAL EM GRAU LEVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) . * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

MENOR DE IDADE (06 ANOS) VEIO ACOMPANHADO DA MÃE VALERIA GOMES COSTA, RG: 340812-4



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
555185

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 05/06/2019

Titular do CPF: GABRIEL GOMES
SANTAREM

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

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: 22/10/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame físico: APRESENTA DISCRETA ALTERAÇÃO ANATÔMICA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596871 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3, 23, 25 E 40

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: & 2, SEM SEQUELA PELA AMD, @ 41
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: VALERIA GOMES COSTA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA

Profissão: DO LAR

Identidade: 340812-4 SSP/RR CPF: 987.008.712-49

Endereço: Rua: CABOCLO MOTA Nº S/N Bairro: CENTRO Cidade: NORMANDIA UF: RR CEP: 69.340-000

Vitima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04 Data do sinistro: 05/06/2019

Natureza: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista / RR 16/07/19

Local e data



Valéria Gomes Costa

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367749/19

Vítima: GABRIEL GOMES SANTAREM

CPF: 073.770.772-04

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GABRIEL GOMES SANTAREM

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

VALERIA GOMES COSTA : 987.008.712-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GABRIEL GOMES SANTAREM : 073.770.772-04

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: 22/10/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA