

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:  
2960182420210125173330

Processo 0832300-38.2020.8.23.0010 ☆ - (38 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 4847 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

| Seq.                               | Data                | Evento                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Movimentado Por                                 |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <div></div> 11                     | 25/01/2021 17:33:30 | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b><br>Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)                                                                                                                                               | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br><b>Procurador</b>   |
| 11.1 Arquivo: Petição              |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2777339CONTESTACAO01.pdf<br>Público             |
| 11.2 Arquivo: DOCS                 |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2777339CONTESTACAOAnexo02.pdf<br>Público        |
| 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER |                     | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO                                                                                                                                                                                                                                                                            | KIT SEGURADORA LDER.pdf<br>Público              |
| 10                                 | 22/01/2021 00:00:54 | <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b><br>(Pelo advogado/curador/defensor de REGINALDO RENOVATO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.                         | SISTEMA CNJ                                     |
| 9                                  | 12/01/2021 16:00:41 | <b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b><br>(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO<br><b>Procurador</b>   |
| 8                                  | 11/01/2021 12:51:40 | <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b><br>Para advogados/curador/defensor de REGINALDO RENOVATO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)                                                                                | ADILVANE BORSATTO<br><b>Analista Judiciária</b> |
| 7                                  | 11/01/2021 12:51:40 | <b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b><br>Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)                                                        | ADILVANE BORSATTO<br><b>Analista Judiciária</b> |
| <div></div> 6                      | 11/01/2021 11:15:52 | <b>CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                | JARBAS LACERDA DE MIRANDA<br><b>Magistrado</b>  |
| 5                                  | 18/12/2020 14:02:52 | <b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | SISTEMA CNJ                                     |
| 4                                  | 18/12/2020 14:02:52 | <b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SISTEMA CNJ                                     |
| 3                                  | 18/12/2020 14:02:52 | <b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b><br>Registro de Distribuição                                                                                                                                                                                                                                   | SISTEMA CNJ                                     |
| 2                                  | 18/12/2020 14:02:52 | <b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b><br>4ª Vara Cível                                                                                                                                                                                                                                                           | SISTEMA CNJ                                     |
| <div></div> 1                      | 18/12/2020 14:02:52 | <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      | Thiago Amorim Dos Santos<br><b>Advogado</b>     |



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

Processo: 08323003820208230010

**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 **REGINALDO RENOVATO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **07/06/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/08/2020**.

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

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

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

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

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

---

<sup>3</sup>“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 **07/06/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

---

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

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

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

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>.

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

---

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

<sup>7</sup> art.

1º

(...)

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de janeiro de 2021.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

### **QUESITOS DA RÉ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## TABELA DE GRADAÇÃO

| Danos Corporais Previstos na Lei                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Total (100%)  | Intensa (75%) | Média (50%)  | Leve (25%)   | Residual (10%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|--------------|----------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 13.500,00 | R\$ 10.125,00 | R\$ 6.750,00 | R\$ 3.375,00 | R\$ 1.350,00   |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |              |              |                |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                            |               |               |              |              |                |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  | R\$ 9.450,00  | R\$ 7.087,50  | R\$ 4.725,00 | R\$ 2.362,50 | R\$ 945,00     |
| 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 |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             | 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 membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | R\$ 3.375,00  | R\$ 2.531,25  | R\$ 1.687,50 | R\$ 843,75   | R\$ 337,50     |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |              |              |                |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | R\$ 1.350,00  | R\$ 1.012,50  | R\$ 675,00   | R\$ 337,50   | R\$ 135,00     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |              |              |                |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |               |              |              |                |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REGINALDO RENOVATO DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08323003820208230010.

Rio de Janeiro, 25 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, 18 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200331934**

**Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA**

**Data do Acidente: 07/06/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), REGINALDO RENOVATO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200331934

Vítima: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Data do Acidente: 07/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO RENOVATO DA SILVA

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 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

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: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000003287-2

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 609516302-10 4 - Nome completo da vítima: Reginaldo Benvenuto da Silva

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

5 - Nome completo: Reginaldo Benvenuto da Silva 6 - CPF: 609516302-10

7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua Nova Martins Almeida 9 - Número: 63 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Satélite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.387.556

15 - E-mail: blaur@hotmil.com 16 - Tel. (DDD): (95) 984045368

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_

19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 3287 ☒  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro (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, 16/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Reginaldo B. da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00022478/2020-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 05/08/2020 12:20:09 Data/Hora Fim: 05/08/2020 12:20:09  
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 07/06/2020 17:30 (Hora Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Caranã  
Logradouro: Av; Parimé Brasil/ Rua; Sd pm django da silva  
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo              |

**ENVOLVIDO(S)****Nome Civil: TATIANA GUIMARAES SILVA (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 08/06/1993 Idade 27  
Profissão: Bancário Escolaridade: Pós-Graduação  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Francisca Maria de Sousa Nome do Pai: Reginaldo Renovato da Silva

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua; P Nº: 158  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 98114-3925 (Celular)

**Nome Civil: JOSÉ ERNESTO RODRIGUES QUEIROZ (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1958 Idade 61  
Profissão: Policial Militar Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: União Estável Naturalidade: Boa Vista  
Nome da Mãe: Sebastiana Rodrigues Queiroz Nome do Pai: Ivan Florentino de Queiroz

**Documento(s)**

RG: 24.686

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA:DJANGO DA SILVA Nº: 588  
Bairro: CARANA  
Telefone: (95) 98411-8014

**Nome Civil: REGINALDO RENOVATO DA SILVA (ENVOLVIDO (AUSENTE))**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 08/08/1961 Idade 58  
Profissão: Pedreiro  
Estado Civil: Solteiro(a)

Fls: 2

Visto:



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

Nome da Mãe: Teresa Renovato da Silva

Nome do Pai: Jose Lopes da Silva

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua; P  
Bairro: Cidade Satélite  
Telefone: (95) 99114-4764 (Celular)

Nº: 158

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

CPF/CNPJ do Proprietário 704.371.813-91

Renavam 00255896310

Número do Chassi 9C2JC4220AR382918

Cor ROSA

Município Veículo Boa Vista/RR

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran 17/09/2019

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

Placa NUI8460

Número do Motor JC42E2A382918

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo RR

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Situação Envolvido, Meio Empregado

**Situação do Veículo**

ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS -  
RESTRICAO\_BENEFICIO\_TRIBUTARIO\_FILE\_VEIC  
ULOS - RENAINF

**Nome Envolvido**

Reginaldo Renovato da Silva

**Envolvimentos**

Possuidor

**Grupo** Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 077.464.742-68

Renavam 00143568841

Número do Chassi 8AP17201MA2034843

Cor AZUL

Município Veículo Boa Vista/RR

Veículo Adulterado? Não

Última Atualização Denatran 28/06/2020

**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa NAZ0085

Número do Motor 310A2011\*8725284\*

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

UF Veículo RR

Marca/Modelo I/FIAT SIENA ELX FLEX

Situação Envolvido, Meio Empregado

**Situação do Veículo** RENAINF -  
ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS

**Nome Envolvido**

José Ernesto Rodrigues Queiroz

**Envolvimentos**

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

Que a comunicante vem informar que na data do dia 07/06/2020 seu Pai Reginaldo Renovato da Silva, estava conduzindo sua motocicleta pela avenida Parimé Brasil sentido bairro /centro e que no cruzamento com a Rua sd pm django da Silva o mesmo foi colidido pelo veículo de placa-NAZ-0085, conduzido pelo senhor Ernesto Rodrigues Queiroz, e que Senhor Reginaldo Renovato sofreu varias lesões pelo corpo e que o mesmo foi conduzido pelo SAMU para o pronto socorro do HGR, e que a comunicante informa que seu Pai está recebendo ajuda do senhor Ernesto e que está registrando o Boletim de ocorrência para efeitos de seguro DPVAT, e que Senhor Reginaldo Renovato não tem interesse em representar criminalmente contra a outra parte, e que não houve a presença da PM e nem a pericia no local. é o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL

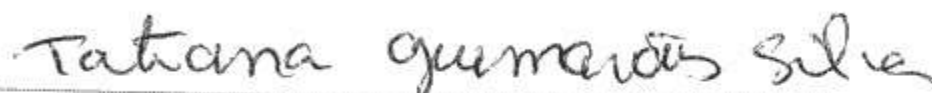
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00022478/2020-A01

ASSINATURAS

  
Valdir Pereira da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000159  
Responsável pelo Atendimento



Tatiana Guimaraes Silva  
Comunicante

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



# 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: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO RENOVATO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000003287-2

---

Nr. da Autenticação 79BF461EC6A65822



Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0140520-9

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL

5776648 FCAM\*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS   | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2020 | 01/09/2020 | 536           | 465,40              |

FRANCISCA MARIA DE SOUSA OLIVEIRA  
CPF: 00070437181391  
R. MARIA MARTINS ALMEIDA 61 - CIDADE SATELITE  
CEP: 69.317-556 - BOA VISTA

| DATAS DA LEITURA |            |                  |            |
|------------------|------------|------------------|------------|
| Atual:           | 12/08/2020 | Anterior:        | 14/07/2020 |
| Emissão:         | 11/08/2020 | Próxima leitura: | 11/09/2020 |
|                  |            | Apresentação:    | 12/08/2020 |
|                  |            | Dias de consumo: | 29         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |                  |         |                |             |            |
|------------------------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| Grupo/Subgrupo               | Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
| 1.1.1.3                      | RESIDENCIAL      | TRIF    | 16LDT00991     | NORMAL      | CONVENC    |

| DADOS DA LEITURA (kWh) |                |                     |                |                     |                  |                       |                  |
|------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------|
|                        | kWh<br>TOT/PTA | INJETADO<br>TOT/PTA | kWh<br>F.PONTA | INJETADO<br>F.PONTA | kWh<br>INTERMED. | INJETADO<br>INTERMED. | kWh<br>RESERVADO |
| Leit. Atual            | 17516          |                     |                |                     |                  |                       |                  |
| Leit. Anterior         | 16980          |                     |                |                     |                  |                       |                  |
| Constante              | 1,000          |                     |                |                     |                  |                       |                  |
| Resíduo                |                |                     |                |                     |                  |                       |                  |
| Medido                 | 536            |                     |                |                     |                  |                       |                  |
| Faturado:              | 536            |                     |                |                     |                  |                       |                  |

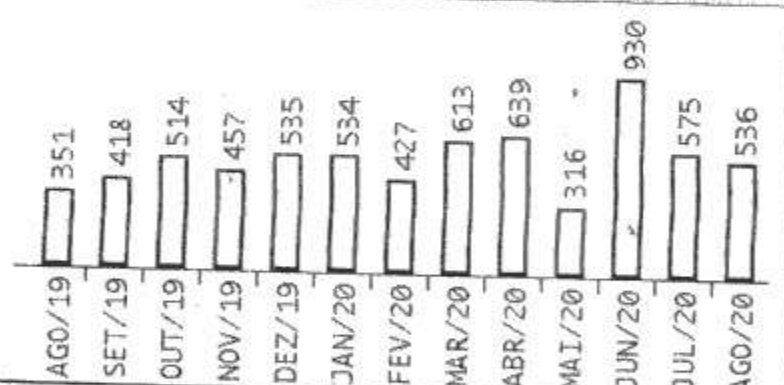
| DESCRIÇÃO DA CONTA             |                      |        |
|--------------------------------|----------------------|--------|
| CONSUMO                        | 536 A R\$ 0,786015 = | 421,30 |
| CORRECAO MONETARIA IG 06/20-00 |                      | 0,89   |
| MULTA POR ATRASO DE I 06/20-00 |                      | 0,74   |
| JUROS DE MORA POR ATR 06/20-00 |                      | 0,11   |
| MULTA POR ATRASO 06/20-00      |                      | 14,14  |
| JUROS DE MORA DE IMPO 06/20-00 |                      | 3,30   |
| ILUMINACAO PUBLICA             |                      | 24,92  |

#### OUTRAS INFORMACOES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 536 - R\$ 0,617778

Média 12 meses: 525

#### HISTORICO DE MEDICAO



#### MENSAGENS IMPORTANTES

#### REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/08/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
07/2020 468,15

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 2C19.C0F9.CC19.FA59.0D02.B36A.6F35.D841

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |        | INDICADORES DE CONTINUIDADE |        |            |       |
|---------------------------|--------|-----------------------------|--------|------------|-------|
| Energia:                  | 221,56 | DIC                         | Mensal | Trimestral | Anual |
| Distribuição:             | 97,03  | Limite                      | 9,24   | 18,49      | 36,99 |
| Transmissão:              | 0,00   | Realizado                   | 0,00   |            |       |
| Encargos:                 | 0,00   | IEG                         | Mensal | Trimestral | Anual |



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

|                         |                         |                                             |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020          | PERÍODO DE CONSUMO<br>25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh)<br>653    | VENCIMENTO<br>11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71                 |

## OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                         |                |                             |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMANORAF)  
114807 SSP RR

CPF  
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AB

VALIDADE  
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

STIFICAR  
1096

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Blair Inácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Reginaldo Renovato da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.516.302 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reginaldo Renovato da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 609.516.302 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|                                        |                          |                                   |
|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Antônio P. Galvão</u> | Número: <u>4832</u>      | Complemento:                      |
| Bairro: <u>Buritis</u>                 | Cidade: <u>Boa Vista</u> | Estado: <u>RR</u>                 |
| E-mail: <u>IAOJ.RRR@HOTMAIL.COM</u>    | CEP: <u>66.303-200</u>   | Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5368</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2020

Assinatura do Declarante

|                                               |                        |                                                                       |                         |
|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| BOA VISTA<br>Trabalhar a Colômbia dos Passos  |                        | UNIDADE: _____                                                        |                         |
| Paciente: <u>REGINALDO RENOVALDO DA SILVA</u> |                        | Idade: <u>58</u>                                                      | Sexo: <u>M</u>          |
| Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>              |                        | Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [X] Amarela [ ] Indígena-Etnia _____ |                         |
| Endereço: <u>AV PAIMÃO BRASIL</u>             |                        | <u>SIN</u>                                                            | Bairro <u>J. CARANÁ</u> |
| Nº <u>10277</u>                               | DATA <u>07/06/2020</u> | HORA J/9: <u>18:12</u>                                                | BASE ( ) VIA <u>4</u>   |
| Médico (a) Regulador (a): <u>Dr Luiz</u>      |                        | HORA J/10: <u>18:31</u>                                               | ( ) CELULA              |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| TRAUMATICO / corpo x moto |  |
|---------------------------|--|

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

|                                                          |                                                |                                           |                                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura       | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento  | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico  | <input type="checkbox"/> Transferência       |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF           | <input type="checkbox"/> Envenenamento         | <input type="checkbox"/> Queda            | <input type="checkbox"/> Exame complementar  |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB           | <input type="checkbox"/> Afogamento            | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros              |

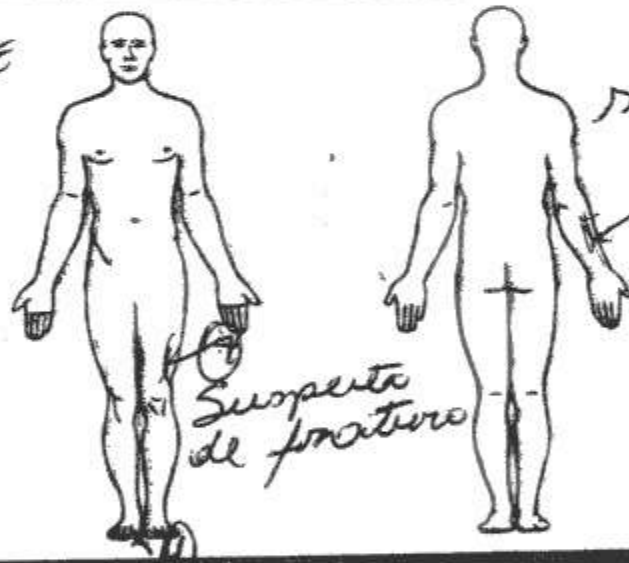
|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pedestre<br><input checked="" type="checkbox"/> Condutor<br><input type="checkbox"/> Passageiro<br><input type="checkbox"/> Ignorado | <input type="checkbox"/> A pé<br><input type="checkbox"/> Automóvel<br><input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta<br><input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Ônibus<br><input type="checkbox"/> Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> Outro | <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel<br><input type="checkbox"/> Motocicleta<br><input type="checkbox"/> Ônibus<br><input type="checkbox"/> Micro-ônibus | <input type="checkbox"/> Bicicleta<br><input type="checkbox"/> Animal<br><input type="checkbox"/> Outro | <input checked="" type="checkbox"/> Capacete<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre<br><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial<br><input type="checkbox"/> Obstrução Total<br><input type="checkbox"/> Corpo estranho<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneica<br><input type="checkbox"/> Apneia<br><input type="checkbox"/> Dispneia<br><input type="checkbox"/> Bradipneia<br><input type="checkbox"/> Taquipneia | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico<br><input type="checkbox"/> Bradicárdico [ ] Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"<br><input type="checkbox"/> Pulso radial ausente<br><input type="checkbox"/> Pulso central ausente<br><input type="checkbox"/> Cianose central [ ] Extremidade | <input checked="" type="checkbox"/> Miose<br><input type="checkbox"/> Midríase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E<br><input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado<br><input type="checkbox"/> Agitação psicomotora |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Hora   | P.A mm/hg | F.C Bpm | F.R Mpm | Sat O <sub>2</sub> % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | Glasgow |
|--------|-----------|---------|---------|----------------------|--------------|----------|-------------------|---------|
| Inicio | 160 x 100 | 75      | 20      | 98                   | -            | -        | 8                 | 15      |
| Fin    |           |         |         |                      |              |          |                   |         |

**LESÃO IDENTIFICADA**

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



- 4 - Espontânea  
3 - Ao comando  
2 - À dor  
1 - Sem resposta
- 5 - Orientado  
4 - Confuso  
3 - Palavras inapropriadas  
2 - Palavras incompreensíveis  
1 - Sem resposta
- 6 - Obedece a comandos  
5 - Localiza a dor  
4 - Movimento de retirada  
3 - Flexão anormal  
2 - Extensão anormal  
1 - Sem resposta

|                                                   |                                     |                                         |                                     |                                           |                                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> FV         | <input type="checkbox"/> Neurológica    | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Diabetes         | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal      | <input type="checkbox"/> TV         | <input type="checkbox"/> Respiratória   | <input type="checkbox"/> Infecciosa | <input type="checkbox"/> Cardiopatia      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial           | <input type="checkbox"/> AESP       | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> HAS              |                                 |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial        | <input type="checkbox"/> Assístolia | <input type="checkbox"/> Digestiva      |                                     | <input type="checkbox"/> Medicação de uso |                                 |

☐ Leve      ☐ Pequena      ☒ Média      ☐ Severa      ☐ Óbito

Thais S. J. Ferreira  
Médica  
CRM-RR 2061

SAMU 192-BV  
CONFERE COM  
ORIGINAL

**Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)**

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| [ ] CANCELAMENTO             | / [ ] HOSPITALIZAÇÃO |
| [ ] RECUSA DE ATENDIMENTO    |                      |
| [ ] NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL |                      |
| [ ] TROTE                    |                      |

Polícia Militar Bombeiros  
Guarda Municipal Outros  
SMTRAN  
PRF

[ ] Iniciada às: \_\_\_\_\_ [ ] Termina às: \_\_\_\_\_ [ ] RCP com sucesso [ ] RCP sem sucesso

Assinatura do Receptor: \_\_\_\_\_

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

☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

|                          |                                                       |                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Idade Gestacional: _____ | <input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes  | <input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva |
| Perda de líquido: _____  | <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.    | <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante |
| BCF: _____               | <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s | <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante |

|                                                          |                                                       |                                                    |                                                             |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspiração                       | <input type="checkbox"/> Máscara laríngea             | <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca    | <input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas           |
| <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel                | <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie    | <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input checked="" type="checkbox"/> Curativos               |
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min       | <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica   | <input type="checkbox"/> Headblock                 | <input type="checkbox"/> Parto vaginal                      |
| <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min      | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria         | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa  | <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência              |
| <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax               | <input type="checkbox"/> Tirantes                  | <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de luxação |
| <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal           | <input type="checkbox"/> Descompressão torácica       | <input type="checkbox"/> KED                       | <input type="checkbox"/> Outros:                            |
| <input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 18       | <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____ | <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo         |                                                             |

| PARÂMETRO  | DOSE | UNID. | HORA  | ASSINATURA | CONFERE COM ORIGINAL                                                                                                            |
|------------|------|-------|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SRZ 500 ml | 01   | EU    | 18:35 |            | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CONFERE COM ORIGINAL<br/> EM 05/08/2020<br/> Stephanie<br/> FUDR 03 </div> |
| Dipirona   | 1g   | EU    | 18:40 |            |                                                                                                                                 |
|            |      |       |       |            |                                                                                                                                 |

03 máscara descartável 3 tala de fêmur

04 por de clava

02 atadura 15 e 20 cm

1 SRZ 500ml

1 Equipos macmo

1 Seringa 20ml

1 tala flexível

Equipe acionada para ocorrência traumática

Carro x moto. Vítima se encontrava em solo

em decúbito dorsal sem capacete porém em haste

verbalizando realizado protocolo de trauma

na imobilização. Verificado SSUV + acesso de novo

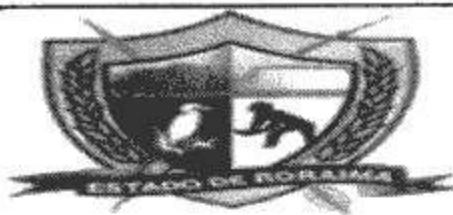
analgesia passado o médico regulador que

autorizou a deslocar so. GT (HGR)

KENNEDY PEREIRA DA SILVA

COREN - RR 968.136

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **REGINALDO RENOVATO DA SILVA** 58 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **7/6/2020**, COM  
DIAGNÓSTICO DE **FX DE FEMUR ESQ + FX ANTEBRAÇO DIR** E NO DIA  
**21/7/2020**, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
**OSTEOSSINTE** SENDO  
OPERADO PELO DR. **DR. DALSON** E PELO DR. **0**  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA **29/7/2020** ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL**  
**CORONEL MOTA** DEVENDO SER AGENDADA EM **2 (DUAS)** SEMANAS  
COM **DR. DALSON**

### ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

quarta-feira, julho 29, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR



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

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001248494

07/06/2020 18:49:47

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19

22

Paciente: REGINALDO RENOVATO DA SILVA  
Data Nascimento: 08/08/1961 Idade: 58 A 9 M 30 D CNS: 704603190213129 CPF: 60951630210  
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: M Estado Civil: PARDAS Raça/Cor: PARDAS Naturalidade: Nacionalidade: BRASILEIRA  
Mãe: TERESA RENOVATO DA SILVA Pai: JOSE LOPES DA SILVA Contato: (95) 99139-1783  
Endereço: RUA - P - 158 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: SOUSA

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

Comorbidades  
Alergias medicamentosas

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente trazido pelo SAMU por acidente de trânsito em prancha de trauma com lesão cervical, relato de rigidez de nuca, realização de Dipiriona 1g @ e SRL 500mg @.   
Exame Físico:   
A) Vias aéreas patentes, verbaliza, c/ calor cervical   
B) Tórax típico, expansibilidade simétrica   
C) Sem sangramentos ativos, abdome flácido,   
D) ECG 15', pupilas isocóricas   
E) HIE e MSD imobilizados   
SADT - Exames Complementares:   
X) RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Tramadol 100mg @ EV agora sig. 50  
SFO, 8% 100mL

2) Retiro calor cervical

HD: Fx fêmur @? Fx Rádio? Fx ulna @?

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para: ortopedia

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento?

Sim

Não

Destino:

Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: souza  
Data Hora: 07/06/2020 18:51:35

Thales S. Ferreira  
Médico



Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 483

Transf: 08/06/2020



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

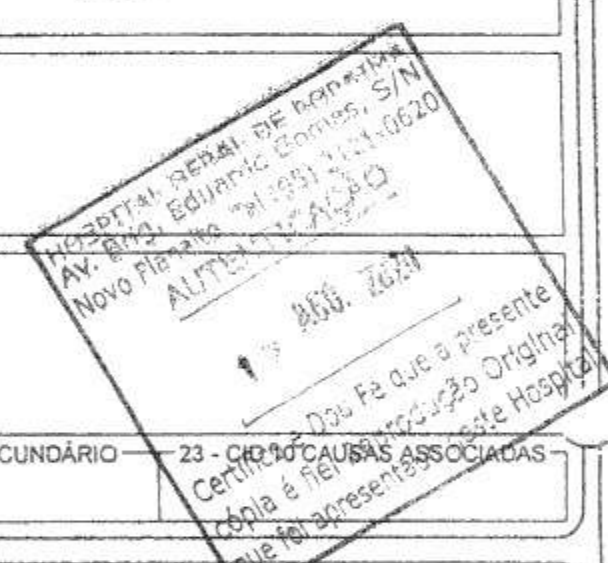
45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Carlos Henrique da Rosa  
CRM-RR 483

0408050619  
5773  
1699



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Região Amarela, SGA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 07/06/2008

|                  |      | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |  |
|------------------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| AGENTES          | N 20 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                  | 02   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                  |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| LÍQUIDOS VENOSOS | LA   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                  | LA   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                  | LA   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| DA               | °C   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| X                | 38   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ULSQ             | 36   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ANES             | 34   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| X                | 32   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| OP               | 30   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| O                |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| TEMP             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ASPIR.           |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| A                |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| RESP             |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| O                |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| Export           |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| Assist           |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| Contro           |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| SÍMBOLOS         |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

| AGENTES       | DOSES               | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|---------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A             | Propofol 0.5% 11.5g | Procedimento                 | X - Check vital: monitorização, oxigênio, saturação, pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, reflexos, nível de consciência, etc.<br>1 - 0.5 30s em 100% O2<br>2 - 0.5 30s em 100% O2<br>3 - 0.5 30s em 100% O2<br>4 - 0.5 30s em 100% O2<br>5 - 0.5 30s em 100% O2<br>6 - 0.5 30s em 100% O2<br>7 - 0.5 30s em 100% O2 |
| B             |                     | Respiração                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| C             |                     | LA em via manual             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| D             |                     | Sob máscara                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| E             |                     | Respiração                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| F             |                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| G             |                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| GLICOSE       | LÍQUIDOS            | Cânula - Naso / Oro Faringea | em 14/10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| NDGD          |                     | Naso / Orotraqueal - Cega    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| SANGUE        |                     | Bal - Tamp - Calibre do Tubo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|               |                     | Sob Máscara                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|               |                     | Dificuldade Técnica          | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| TOTAL         |                     | TEMPO DE ANESTESIA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| OPERAÇÃO      |                     |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| ANESTESIA     |                     | CÓDIGO                       | GIRURGIÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Biotin 305 B3 |                     |                              | Carlos Rangel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|               |                     | PERDA SANGÜÍNEA              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Fixação de Rotação de Fêmur (E)

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

Hemorragia - Anúria  
Bradi Taquicardia - Choque

Grupo Thiago C. P. Silva  
Médico  
CRM-RR 1023

Hospital - Centro de Diagnóstico e Tratamento  
Av. Brig. Eduardo Guinle  
Novo Povoado - Boa Vista - RR  
Aut. de Funcionamento nº 000.000.000  
1º 2008 2º 2009  
3º 2010 4º 2011  
5º 2012 6º 2013  
7º 2014 8º 2015  
9º 2016 10º 2017  
11º 2018 12º 2019

Refund to Remaster  
de sha

DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO:

future from e + catchable  
 frequent transposition

#### INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fixador externo femur

CIRURGIÃO: *Carlo*

1º AUXILIAR:

2" AUXILIARY:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

## ANESTHESIA

ANESTESISTAS:

ANESTESICO

14102

FIME

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

- ① Set completo + atropina  
② colocação capso  
③ passage traquea transpulmonar  
(transitória) sem fenda (diferença)  
④ cunha

DURA  
 Av. ...  
 Novo Plan...  
 AUTENTICAÇÃO  
 1 de 2001  
 Certificado e Dou Fe que o presente  
 cópia e Rel Raportação Original  
 que foi apresentado neste Hospital

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 483

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Reginaldo Ramalho da Silva  
Responsável Cirurgião Carlos Henrique

## ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- (☒) Identidade  
(☒) Sítio Cirúrgico  
(☒) Procedimento  
(☒) Consentimento

RISCO CIRÚRGICO

- ( ) Aplica (☒) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- (☒) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(☒) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(☒) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

## O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- (☒) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- (☒) Não (☒) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- (☒) Não

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

Data 26/06/2016 Assinatura [Assinatura] Hora: \_\_\_\_\_

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista João (R2)

## PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

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

## EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(☒) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

(☒) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(☒) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ( ) Não se aplica

( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- (☒) Sim

- ( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

## SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

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

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

Assinatura e Carimbo Reginaldo Ramalho - 24341

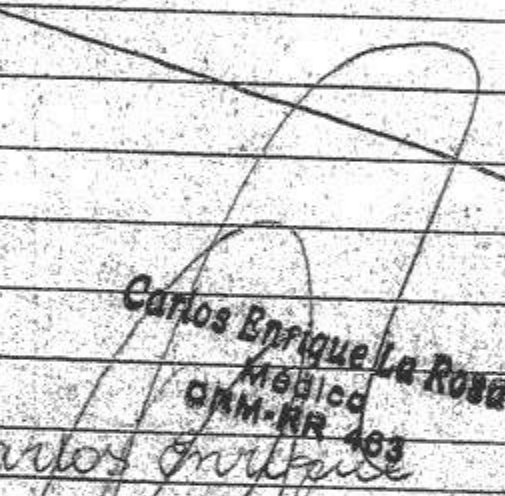
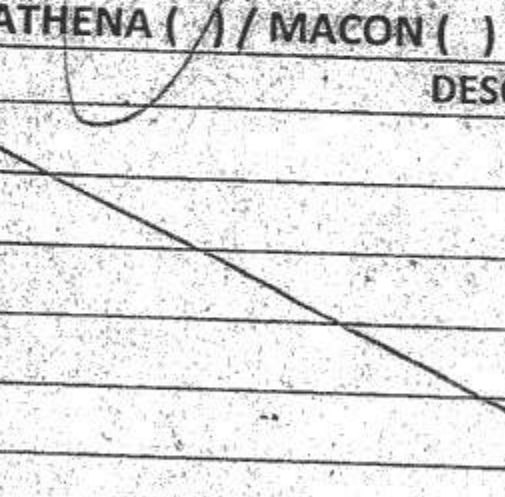


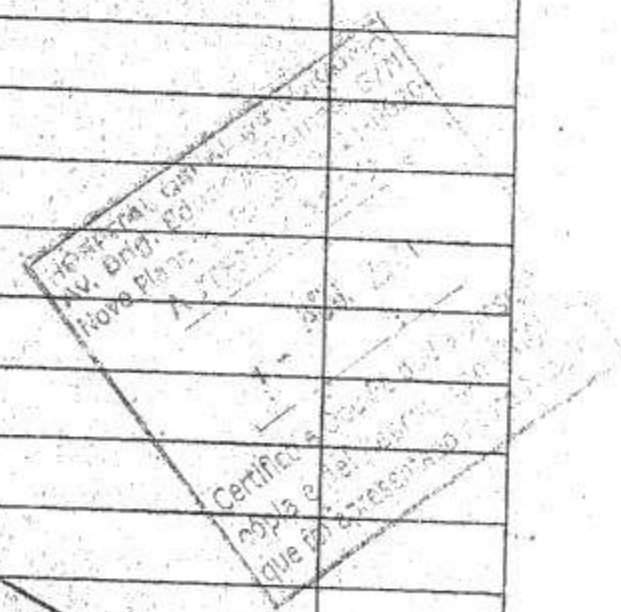
ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                  |                             |                                                                  |                  |                                            |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    | Especialidade:<br>Ortopedia | Procedimento Realizado:<br>Fixador externo MIB<br>femur esquerdo |                  |                                            |
| Nome do Paciente:<br>Reginaldo Renato da Silva   | IDADE:<br>58                | SEXO: F ( ) M (X)                                                | Nº do Prontuário | Data<br>07/06/2020                         |
| Bloco:                                           | Enfermaria:                 | Leito:                                                           | Nº da Sala<br>04 | Circulante de Sala:<br>Isabel / Elisângela |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: |                             |                                                                  |                  |                                            |
| Dados dos materiais/Serviço                      |                             |                                                                  |                  |                                            |

|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|--|-------------------|--|--|--|
| Hospital Geral de Roraima (X)                                                                                                         |                                                                                                                                                       | Dados Adicionais: |  | Marca: |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| ITEM                                                                                                                                  | DESCRIÇÃO DO ITEM                                                                                                                                     |                   |  | QUANT  |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| 03                                                                                                                                    | ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA<br>Tel.: 55(11)39484000<br>FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300<br>Ref.: 4747/02 Lote: 19E003738<br>Registro ANVISA: 10223710095 |                   |  | 03     |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| <br>Carlos Enrique La Rosa<br>Médico<br>CRM-RR 403 |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | MÉDICO CIRURGIÃO: Carlos Enrique La Rosa                                                                                              |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | 1º AUXILIAR:                                                                                                                          |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | INSTRUMENTADOR:                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | Empresa ( ) Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )<br>ATHENA ( ) / MACON ( )                                         |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | Marca:                                                                                                                                |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | ITEM                                                                                                                                  | DESCRIÇÃO DO ITEM |  |  | QUANT             |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        | <br>Carlos Enrique La Rosa<br>Médico<br>CRM-RR 403 |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  | MÉDICO CIRURGIÃO: |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  | 1º AUXILIAR:      |  |  |  |
| INSTRUMENTADOR:                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| 1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE                                                                                                        |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| 2º OPME/CME                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
| Hospital Geral de Roraima                                                                                                             |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                                       |                   |  |        |                                                                                                                                       |                   |  |  |                   |  |  |  |





RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5263295

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

|                         |                         |                                             |
|-------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020          | PERÍODO DE CONSUMO<br>25-APR-20 a 25-MAY-20 |
| CONSUMO (kWh)<br>653    | VENCIMENTO<br>11-JUN-20 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71                 |

## OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                         |                |                             |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br>1089170 | MÊS<br>05/2020 | TOTAL A PAGAR<br>R\$ 554,71 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

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

NOME  
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, EMANORAF)  
114807 SSP RR

CPF  
393.051.512-04

DATA NASCIMENTO  
07/04/1978

FILIAÇÃO  
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO  
[ ]

ACC  
[ ]

CAT. HAB.  
AB

VALIDADE  
28/01/2026

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
980151096

STIFICAR  
1096

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

92485240616

750009.000000001081.917005200055




**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
 Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**REGINALDO RENOVARO DA SILVA**

Data de Nascimento  
**06/08/51**

Nº de inscrição  
**609516302-10**





ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

P-25





Assinatura do titular: *Reginaldo Renovar da Silva*

CARTeira DE IDENTIDADE

TERMINO NACIONAL  
 VALIDA EM TODAS AS PARTES DO BRASIL

Nº de inscrição: **1.383.353**  
 DATA DE EMISSÃO: **21.09.1988**

REGINALDO RENOVARO DA SILVA  
 José Lopes da Silva

Endereço: RENOVARO DA SILVA  
 São Domingos - RJ  
 Data de Nascimento: **06.08.1951**

Caste Exp: **03.10.87** - **02.594** - **118:97**  
 LVL 17 Caste Domingos - RJ

Assinatura: *Reginaldo Renovar da Silva*  
 Assinatura: *Reginaldo Renovar da Silva*

TERMINO NACIONAL  
 VALIDA EM TODAS AS PARTES DO BRASIL

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Reginaldo Renato da Silva

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Pedreiro

IDENTIDADE: 1.383.353

ENDEREÇO: R. Maria Martins Almeida, 61, Cidade Satélite

OUTORGADO

NOME: Glaucino Inacio De Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: Autônomo

IDENTIDADE: 114.807 SSP/RR

ENDEREÇO: Rua Antônio Pinheiro Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data

07/06/2020 cobertura Invalidez, vítima

Reginaldo Renato da Silva

Reginaldo R. da Silva

OUTORGANTE

BOA VISTA-RR, 16 DE Setembro /2020

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261509/20

**Vítima:** REGINALDO RENOVATO DA SILVA

**CPF:** 609.516.302-10

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 07/06/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** REGINALDO RENOVATO DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

### REGINALDO RENOVATO DA SILVA : 609.516.302-10

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](http://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: 16/09/2020  
Nome: REGINALDO RENOVATO DA SILVA  
CPF: 609.516.302-10

REGINALDO RENOVATO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200331934 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGINALDO RENOVATO DA SILVA **Data do acidente:** 07/06/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO ( PAG.01)  
FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO ( PAG.01)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( OSTEOSSÍNTESE ) E ALTA P3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO  
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO E  
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |