

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:
3170855920210809215615

Processo 0819178-21.2021.8.23.0010 - (23 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Processo Principal: 0813549-37.2019.8.23.0010

Selos:

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
--------------------	------------------------	--------	---------------	------------------	--------------

Realces

Realçar
Movimentos: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência
Ocultar
Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

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

| 500 por pág. | 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[+]	12 09/08/2021 21:56:15	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		12.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2824557CONTESTACAO06.pdf Público
		12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2824557CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
		12.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2824557CONTESTACAOAnexo03.pdf Público
		12.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2824557CONTESTACAOAnexo04.pdf Público
		12.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2824557CONTESTACAOAnexo05.pdf Público
		12.6 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA) em 29/07/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/07/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	
[+]	11 30/07/2021 00:00:12	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
[+]	10 19/07/2021 09:33:05	CONCLUSOS PARA DESPACHO	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
[+]	9 19/07/2021 07:42:53	Responsável: Rodrigo Bezerra Delgado	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
[+]	8 19/07/2021 07:42:37	JUNTADA DE ANÁLISE DE PREVENÇÃO	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (18/07/2021)	
[+]	7 19/07/2021 07:37:56		PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária



**MERITÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA __^a VARA CÍVEL
 RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA – RR**

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, professor, portador do RG nº. 117562 SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 446.894.622-91, residente e domiciliado na rua São Francisco, nº 74, CEP nº. 69312347, bairro Cinturão Verde, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico iloirrr@hotmail..com, e do telefone (95) 99133-1523, vem, através de seus Advogados ao final assinado, apresentar a seguinte

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

Em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº. 74, 5º Andar, Centro, CEP nº. 20.031-205, situado no Município de Rio de Janeiro/RJ, pelos motivos fáticos e jurídicos aduzidos.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ55G PQG81.TZJUJU 9WAFR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL4A 8VBBQ MWV16 XTAQY



I – DOS FATOS

O Requerente, de acordo com cópia do Boletim de Ocorrência nº. 001105/2019, no dia 14 de julho de 2018, se deslocava em sua motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, placa NAR-2762, na rua São Francisco, no bairro Cinturão verde, quando foi atingido por outra motocicleta modelo TITAN que invadiu a via preferencial, não sabendo dar mais características do veículo.

Assim, na ocasião relatada, o Requerente sofreu lesões corporais, tendo, inclusive, sido socorrido pelo SAMU, que o levou para ser atendida no Hospital Geral de Roraima (HGR), para então ser submetido à procedimentos cirúrgicos, aonde ficou internado por aproximadamente 23 (vinte e três) dias na referida unidade hospitalar.

Deste modo, o Requerente foi atendido no HGR no dia 14 de julho de 2018, gerando-se o Prontuário nº. 1800981356, e, em Laudo Médico emitido pelo Ortopedista e Traumatologista, foi diagnosticado fratura exposta da tíbia e fíbula perna esquerda, grau intenso, deixando o Requerente com ineficiência na perna esquerda.

Então, munido de toda a documentação pertinente, o Requerente se dirigiu à Seguradora Requerida, para obter os valores referentes ao Seguro Obrigatório por Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), no valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Por fim, haja vista que o Requerente somente recebeu o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), este se sentiu compelido a ingressar com a presente medida judicial, objetivando recebimento da importância do Seguro DPVAT, com as devidas atualizações monetárias, cabalmente demonstradas a seguir.



II – DO DIREITO

II.1 – DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente, por não dispor de meios suficientes para arcar com o ônus do pagamento de custas processuais e honorários advocatícios, requer, à Vossa Meritíssima, concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, conforme o artigo 4º, da Lei nº. 1.060, de 05 de fevereiro de 1950:

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família;

O direito à Justiça Gratuita também está previsto na Constituição Federal da República Federativa de 1988 (CF/88), no seu artigo 5º, LXXIV, assegurando que “[...] o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovaram insuficiência de recursos”, respaldando-se também na seguinte jurisprudência:

JUSTIÇA GRATUITA. DECLARAÇÃO DE POBREZA. A declaração de pobreza feita na petição inicial é suficiente para o deferimento da gratuitade judiciária ao reclamante, mormente se inexiste prova em contrário e se o procurador do autor possui poderes específicos para firmar tal declaração [...]. (TRT-4, 12ª Vara de Porto Alegre, Recurso Ordinário 1357006120095040012, Rel. Raul Zoratto Sanvicente, Julgamento: 21.07.2011).

Logo, considerando os ditames do artigo 5º, LXXIV, da CF/88, o artigo 4º, da Lei 1.060/50, e a jurisprudência supracitada, reputa-se procedente o presente pleito, requerendo à Vossa Meritíssima o seu deferimento, visto que o Requerente não possui condições financeiras de arcar com os encargos processuais, considerando também que o mínimo dispêndio de capital desestabilizaria e comprometeria a situação financeira de sua família.



II.2 – DO SEGURO DPVAT

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT) foi criado Lei nº. 6.194, de 19 de dezembro de 1974, modificado, atualmente, pela Lei nº. 11.945, de 24 de junho de 2009, a qual determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização, em caso de ferimento ou morte.

Desta maneira, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, em conformidade aos artigos 2º e 3º, III, da Lei nº. 6.194/74, valendo trazer à baila seu teor:

Art. 2º. Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

“Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

[...]

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Assim, considerando que o Requerente sofreu um intenso trauma na perna esquerda, ocasionando fratura exposta da tibia e fíbula da perna esquerda, este faz jus ao recebimento do valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) conforme a Tabela DPVAT e a seguinte jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. FRATURA DE FÉMUR E ANTEBRAÇO DIREITO. INVALIDEZ PARCIAL COMPROVADA. INSURGÊNCIA QUANTO AO GRAU DA LESÃO. PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO

4

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98119-5335

E-mail: adv.abhner@hotmail.com **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSS5G PQG81.TZWWJU 9WAFR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJJ4A 8VBBQ MMV16 XTAQY



VALOR PROPORCIONAL AO GRAU DE DEBILIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. EVENTO DANOSO. INCIDÊNCIA DO INPC EM DETRIMENTO DO IGP-M. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (Classe: Apelação, Número do Processo: 0523158-53.2016.8.05.0001, Relator (a): Maria de Lourdes Pinho Medauar, Primeira Câmara Cível, Publicado em: 04/09/2018)
 (TJ-BA - APL: 05231585320168050001, Relator: Maria de Lourdes Pinho Medauar, Primeira Câmara Cível, Data de Publicação: 04/09/2018)

Assim, é entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP, valendo trazer à baila o seguinte Acórdão, o qual explicita, de forma objetiva, como se dará o adimplemento de tal importância:

FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Logo, conforme os fundamentos fáticos e os documentos anexados ratificam, de forma inequívoca, a ocorrência do sinistro, bem como o nexo de causalidade entre o fato e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro, conforme o artigo 5º, *caput*, da Lei nº 6.194/74:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Neste sentido, é salutar afirmar que a lesão e o grau da lesão são fatores *sine qua non* para a determinação do valor indenizatório, garantindo-se também a aplicação dos requisitos do artigo supramencionado.



Ademais, conforme o artigo 5º, § 7º, tais valores, na hipótese de não pagamento, deverão ser adimplidos com os devidos juros e correções monetárias, desde a data do acidente até o ajuizamento da demanda judicial:

§ 7º. Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado.

Por fim, em conformidade à jurisprudência seguinte, ratifica-se a hipótese da incisão de juros e correção monetária sobre o valor do seguro obrigatório, contada a partir da data do acidente:

AGRAVO REGIMENTAL EM AGRAVO (ART. 544 DO CPC). REPARAÇÃO DE DANOS PELO PROCEDIMENTO SUMÁRIO. ATROPELAMENTO. CULPA DA EMPRESA DE ÔNIBUS. NÃO COMPROVAÇÃO DO RECEBIMENTO DO DPVAT. JUROS DE MORA FIXADOS A PARTIR DO EVENTO DANOSO. INSURGÊNCIA DA RÉ. 1. A conclusão a que chegou o Tribunal local - acerca da responsabilidade civil da agravante e do recebimento do seguro DPVAT - decorreu da análise das provas, cuja revisão é vedada, em sede de recurso especial, em face do óbice da Súmula n. 7 do STJ. 2. Ademais, em relação ao DPVAT, incide o óbice da Súmula n. 283 do STF, pois é inadmissível o recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido apto, por si só, a manter a conclusão a que chegou a Corte de origem. 3. Em se tratando de responsabilidade extracontratual, os juros moratórios incidem desde o evento danoso, inclusive sobre o valor dos danos morais. Enunciado 54 da Súmula do STJ. 4. Arts. 389 do Código Civil e 333, I, II, do Estatuto Processual Civil. Ausência de prequestionamento. Súmula n. 282 do STF. (STJ - AgRg no AREsp: 269079 RJ 2012/0261937-8, Relator: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 24/09/2013, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: Dje 11/10/2013).

Portanto, conforme os artigos 3º, II, e 5º, § 7º, da Lei nº. 6.194/74, as jurisprudências pertinentes ao recebimento do valor referente ao Seguro DPVAT, a devida correção monetária, descontando-se o que já recebeu administrativamente, o Requerente faz jus ao valor de **R\$ 5.693,74 (cinco mil seiscentos e noventa e três reais e setenta e quatro centavos)**.



III – DO PEDIDO

Diante os fatos e os fundamentos jurídicos expostos, requer, à Vossa Meritíssima, os seguintes pleitos:

- a) Citação da Seguradora Requerida, na pessoa de seu Representante Legal, ao comparecimento das audiências de Conciliação, Instrução e Julgamento, conforme o artigo 75, VIII, do CPC, para, querendo, contestar os termos da presente ação no prazo legal, advertindo-se que os fatos articulados e não contrariados especificadamente serão considerados verdadeiros, aplicando-se então as penas de revelia e confissão;
- b) Concessão do direito à Justiça Gratuita, tendo em vista que o Requerente não está em condições de pagar custas processuais e demais encargos judiciais sem prejuízo próprio ou de sua família, conforme estabelece o artigo 5º, LXXIV, da CF/88, e o artigo 4º, da Lei nº. 1.060/50;
- c) Realização de perícia médica pertinente, avaliando-se o local e o grau da lesão sofrida pelo Requerente, e, posteriormente, ratificando ou corrigindo o valor calculado na exordial;
- d) Julgamento procedente da ação, condenando, deste modo, a Seguradora Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT na importância total de **R\$ 5.693,74 (cinco mil seiscentos e noventa e três reais e setenta e quatro centavos)**, bem como ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais, no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, conforme artigo 85, § 2º, do CPC.

Por fim, pretende ratificar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, especialmente através de juntada de documentos, depoimento das partes e depoimento pessoal do Representante Legal da Seguradora Requerida.



Dá-se a causa o valor de R\$ 5.693,74 (cinco mil seiscentos e noventa e três reais e setenta e quatro centavos).

Nestes termos,

Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 03 de maio de 2019.

ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Advogado OAB/RR nº. 1018-N

ANDRÉ CARLOS ISRAEL

Advogado OAB/RR nº. 2045-N

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSS5G PQG81.TZVJU 9WAFR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJL4A 8VBBQ MWV16 XTAQY

2597841- C3/ 2019-02143/ INVALIDEZ



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

Processo: 08135493720198230010

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/10/2019**.

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 16/10/2019 após 7 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 14/07/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

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

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

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

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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

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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo 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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

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

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

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

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.⁹ 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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:

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORRECÃO MONETÁRIA

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

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

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do julgamento 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 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

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 do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

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.

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

7 art. 1º . (...)

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

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 Súmula 474 do STJ, para apuração do quantum.**

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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

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 Excelênciia assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

Para fins do expresso 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 **101-B - OAB/RR**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 21 de maio de 2019.

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJZV8 9EML4 887R6 38XBY

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6UB MP7RH XD4UN PBB8R

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					
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 autonómica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonómica, 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\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZV8 9EML4 887R6 38XBY

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6UB MP7RH XD4UN PBB8R



SUSTABELECIMENTO

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 nº 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 CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08135493720198230010.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2019.

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZV8 9EML4 887R6 38XBY

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ6UB MP7RH XD4UN PBB8R



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 - E-mail:
3civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0813549-37.2019.8.23.0010

SENTENÇA

Vistos.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório em razão de acidente automobilístico ajuizada por DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA em face da Seguradora Líder.

Consagrando o princípio da cooperação expresso no art. 6º do CPC, a parte autora foi intimada a emendar a petição inicial a fim de que se adequasse às exigências do artigo 320 do NCPC, porém, apenas acostou petição reafirmando sua hipossuficiência, bem como juntou contas de energia elétrica (EP 09), sem trazer aos autos documentos comprobatórios que justificassem a concessão da justiça gratuita.

Decisão indeferindo o pedido de justiça gratuita (EP 13), concedendo prazo de 15 dias para recolhimento das custas e sua comprovação.

Contra tal decisão interlocutória não houve interposição de Agravo de Instrumento (EP 16).

É o relatório. Decido.

Como visto, trata-se de ação de cobrança seguro automobilístico.

Verifico que a parte autora não apresentou documentos comprobatórios para concessão da justiça gratuita, nem recolheu as custas iniciais.

Cumpre ressaltar que apesar da presunção de veracidade da declaração de insuficiência deduzida por pessoa natural, prevista no §3º, do art. 99, do CPC, tal presunção é relativa, nesse sentido, decidiu o Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. GRATUIDADE DE JUSTIÇA. DECLARAÇÃO DE POBREZA. PRESUNÇÃO RELATIVA. PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS. REEXAME DE PROVAS. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ.”

1. A jurisprudência desta Corte orienta que pode o juízo, embora haja declaração da parte de sua hipossuficiência jurídica para fins de concessão dos benefícios da gratuidade de justiça, investigar sobre a real situação financeira do requerente, haja vista a presunção relativa de veracidade que ostenta a declaração (...).” (AgInt no AgREsp nº 889.259/SP; Relatora: Ministra Maria Isabel Galioti, julgado em 11/10/2016)."

Isto posto, em consonância com o art. 321, "caput" e parágrafo único, do NCPC, **INDEFIRO A PETIÇÃO INICIAL** e julgo **EXTINTO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO**, na forma do art. 485, I, do NCPC.

Tendo em vista que a parte interessada não apresentou comprovação da sua hipossuficiência, apesar de

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi - Identificador: PJVAA 7NDWP DNA8M U4JS3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi - Identificador: PJLAB G9VUH KHGWPK 88PAD

PROJUDI - Processo: 0819178-21.2021.8.23.0010 - Ref. mov. 12.4 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 19.1 - Assinado digitalmente por Rodrigo Bezerra Delgado
14/10/2019: INDEFERIDA A PETIÇÃO INICIAL. Arq: sentença

intimada, mantendo-se inerte, indefiro a gratuidade de justiça requerida.

Custas pela autora. Sem honorários advocatícios, pois não houve contraditório.

Certificado o trânsito em julgado, dê-se baixa e arquivem-se.

P. R. I

Boa Vista/RR, data constante do sistema.

Rodrigo Bezerra Delgado
Juiz de Direito
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVAA 7NDWP DNA8M U4JS3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLAB G9VUH KHGWP 88PAD



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190199960

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14068218



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000016789-4

Nr. da Autenticação 5EFD8FE093A5ADCA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199960 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

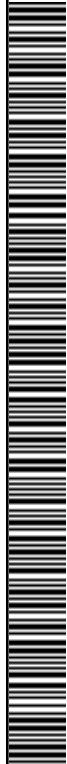
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P 4_CIRURGIA

DANOS

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

446.894.622-91 Dagmar da Silva Oliveira

Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Dagmar da Silva Oliveira

Profissão: Professor Endereço: Rua: São Francisco

Bairro: Centro Cidade: Beja Vista

E-mail: 11011111@HOTMAIL.COM

CPF: 446.894.622-91

Número: 74 Complemento: casa

Estado: RR CEP: 69

Tel.(DDD): (95) 98154-4282

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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: Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 16.789

4

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: Beja Vista - RR
Nome: Dagmar da Silva Oliveira
CPF: 446.894.622-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 11:30 Data/Hora Fim: 16/01/2019 11:48
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Cinturão Verde
Logradouro: Rua São Francisco Nº: 74

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 26/09/1973
Profissão: Professor Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Geocina Soares da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 117562
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.894.622-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua São Francisco Nº: 74
Bairro: Cinturão Verde

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado que não é habilitado compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora aqui descrito, trafegava na MOTOCICLETA HONDA CG 150 SPORT,PLACA NAR 2762, CHASSI 9C2KC08605R011340 de propriedade de LEONILIA ALVES DOS SANTOS NETA, pela mencionada via que se trata de via preferencial sentido centro, quando uma motocicleta TITAN de placa não identificada, invadiu a referida vindo a colidir na lateral esquerda do veículo do comunicante vindo o mesmo a cair e em decorrência da queda sofreu fratura na perna esquerda . Informa ainda que foi acionado o SAMU e conduzido ao HGR para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

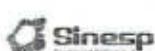
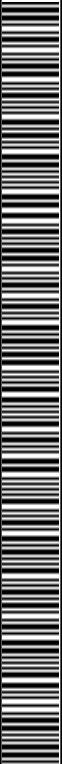
ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Dagmar da Silva Oliveira
(Vítima / Comunicante)

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT8H SHGNQ GSBTN 3FELA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

446.894.622-91 Dagmar da Silva Oliveira

Nome completo da vítima:

Nome completo:

Dagmar da Silva Oliveira

Profissão:

Professor

Endereço:

Rua: São Francisco

Bairro:

Cinturão Verde

Cidade:

Bea Vista

Estado:

RR

CEP:

69

E-mail:

11011111@HOTMAIL.COM

CPF:

446.894.622-91

Número:

74

Complemento:

casa

Tel.(DDD):

(95)

08154-4282

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

[]

CONTA:

[]

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 16.789

4

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: Bea Vista - RR

Nome: Dagmar da Silva Oliveira

CPF: 446.894.622-91

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

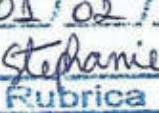
2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA VILA VISTA	FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1396	*					
	UNIDADE: Bravo II	QUIPE: Téc. Enferm/ cond. Obs	192						
Paciente: Dagmar do Silveira Oliveira		Idade: 49	Sexo: Fêmea						
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] indígena-Etnia							
Endereço: Av. São Francisco		Bairro: Centro							
Nº 13-109		DATA/14/10/17	HORA J/9 20:05	BASE () VIA (X) RÁDIO					
Medico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM 07 Enco		HORA J/10 20:46	20:56	() CELULAR					
MOTIVO DO ACIONAMENTO:									
ACIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO									
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()									
MECANISMO DE TRAUMA									
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS					
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acelerado	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal					
PEDESTRE		MOTOCICLETA/ BICICLETA							
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Ciclovia <input type="checkbox"/> Via [] CALÇADA [] FAIXA		<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>Moto</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto	<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Outro						
AVALIAÇÃO INICIAL									
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA					
<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Eufnélico <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnédia <input type="checkbox"/> Taquipnédia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miopia <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Utilizado					
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Horas	P.A mmHg	F.C. Bpm	F.R. Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APGAR	
Inicio	2039 BCX 90 107	83	98	-	-	275	-	-	
Fim	20:54 130x90 89	20	96	-	-	-	-	-	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele	Cabeca	Face	Pescoco	Tórax	Abdome				
<input type="checkbox"/> Coxa <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Palha <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Umida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cravótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Escoavações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Fenda Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração				
Pelve	Coluna Dorsal:	MINSS	MMIII	OCULAR	VERBAL	MOTORA			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitacão	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Crepitacão	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitacão	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Econaçõeis <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <u>esposta</u> <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitacão	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> 3. Ao comando <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Sem resposta	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1. Sem resposta	<input type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza à dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
						TOTAL			
AVALIAÇÃO CARDIACA					AFFECTO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aberto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra <u>+ 1000</u>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> IHAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros			
GRAVIDADE PRESUMIDA		[] ILESO	[] PEQUENA	[] MÉDIA	[] SEVERA	OBITO EVIDENTE			
Assinatura e Cambio Médico (Unidade de Destino)					MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS				
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local - EVASÃO <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trotz <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:					<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SAMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros				
<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ Terminou as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs: _____					OBSERVAÇÕES				
					SAMU 102-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 01/02/19  Rubrica				

DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR. <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	<input checked="" type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - FCCS <input checked="" type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input checked="" type="checkbox"/> HMNSN	<input checked="" type="checkbox"/> Moto Des Clínicas/R/R - HCR <input checked="" type="checkbox"/> Moto Lotte Iris - HU <input checked="" type="checkbox"/> Outros
CARO CLÍNICO	<p>Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.</p> <p>Assinatura do Receptor: _____ RG: _____</p>		
PERTENCIMENTO P/ PACIENTE	<p>Descrição: _____</p> <p>Nome do Receptor: _____</p> <p>Função do Receptor: _____</p> <p>Assinatura do Receptor: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento primitivo disponibilizado</u> pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:</p> <p>Assinatura do Paciente: _____ RG: _____</p> <p>TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____</p> <p>TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____</p>		
VIAZOS DE CUSTO			

GESTANTE
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____ BCF: _____
[] Com cartão [] Sem cartão

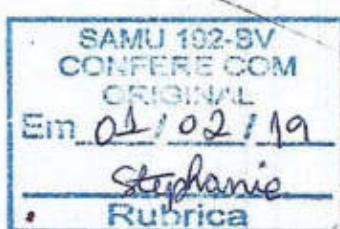
Amostragem	Percentual	
Dois Anos Anteriores preenchimento e estimativa	100	
Amostra obtida em 2006 na voz automática através da internet	100	
Amostra obtida através estimativa de estimadores das vozes	100	
Ruim é percepção de abertura ou voz sem fatores de interferência	Ausente	2
Ou ruim fator de voz ou fator vocal	Não Testeado	98
Resposta Vertical		Percentual
Repetição continua de repertório vocal nome, loja e data	Centrope	1
Repetição de nomes, mas com variação constante	Centrope	0
Repetição de nomes, identificáveis	Identificável	2
Acenos, sombras	Sombras	2
Avanço e recuo das respostas auditivas entre fatores de interferência	Avanço	1
Avanço e recuo das respostas auditivas com comunicação	Não Testeado	97
Resposta horizontal		Percentual
Unidirecional ou obliqua com 2 ações	Avanço	1
Elevação da mão para o que está na boca ou estirando da testa ou ombro	Identificadora	0
Elevação das mãos para o alto ou levantar os dedos ou levantar os dedos das mãos não anormal	Fluxo	0
Avanço das mãos superior ao nível do cotovelo ou pescoço predominantemente direito ou esquerdo	Normal	0
Avanço da mão direita superior ao nível do cotovelo	Identificável	2
Avanço da mão esquerda superior ao nível do cotovelo	Identificável	1
Falar num tom mais baixo responde motivação	Não Testeado	99

Oriente-se à figura

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 estetoscópio 01 RL Seringue
 01 comparsa 01 seringa 10ml
 01 gênero incolor 01 frisa detida
 01 gel 18 01 sanguíneo 100 ml
 01 juleo 18 01 SCOB 1.250 ml

~~fev. 1971~~
ASSINATURA E CARIMBO
Coron R 342249



Eletrobras
A sua energia é sustentável

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
SEU CÓDIGO
0051790-9

000926097

UNHO/2018 **16/07/2018** **700** **706,18**

MAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
SAO FRANCISCO 74 CINTURAO VERDE
PF: 00044689462291
CEP: 69.312-347 - BOA VISTA

ROT: 29.001.22.07.152200

27463	15/06/2018
26763	16/05/2018
1.000	17/07/2018
700	14/06/2018
700	15/06/2018
FCAM	
NORMAL	
30	

ESIDENCIAL BI **14EDB09704H 1514282 1.1.1.2 814**

MAI/18	693	CONSUMO	700 A R\$ 0,564414 =	395,08
ABR/18	912	RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE		163,28
MAR/18	734	PARCELAMENTO DE DEBITOS 1/24		124,26
FEV/18	872	ILUMINACAO PUBLICA		23,56
JAN/18	842			
DEZ/17	865			
NOV/17	883			
OUT/17	880			
SET/17	816			
AGO/17	745			
VALOR TOTAL: 8 A 700 - 8,456770				

MENSAGEM DE AVISO

Mes/Ano **Valor R\$** Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/06/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEMAR. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

ASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P DERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, IGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

33A8.CE98.E615.008F.AC5B.0E5D.A7C0.972A
COMPONENTES 191,91 IMPOSTO 395,08
Despesas 191,84
Impostos 0,00
Transmissão 7,99
Outros 75,34

0,08 0,00 0,00 0,08 0,00 0,00 0,05
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

DISTRITO **04/2018** **0,00**

ROT: 29.001.22.07.152200

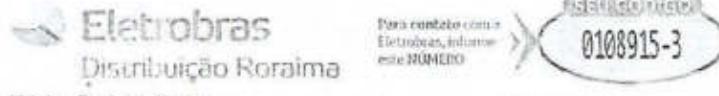
0051790-9 **706,18**

06/2018 **16/07/2018**

000926097 FCAM

83660000007 6 06180075000 4 00000000051 3 79090618008 4

SEQ.: 00031 UC: 0051790-9 DT.LEIT.: 15/06/2018 T.ENTR.: 04
EDITURA: 27463 NORMAL TOTAL: 706,18 CARGA: 009
DT.VENC.: 16/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1101



Para combate à furação.
Eletrobras, informe
este NÚMERO

0108915-3

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Em Gómez, 807 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.309-000 | Fone: Estatal: 24.007.022-3
Nos Termos da Energia Elétrica - Série B. I.
Gestão 2018/2019. As tarifas são autorizadas pela CEEA/RR/068/13

Nº da Nota Fiscal: 002052554
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é aplicada
pelo Lei nº 10.433 de 29 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2018 11/01/2019 209 212,94

ILOIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA ROT: 5.001.12.04.021718

Até:	26369	Até:	24/12/2018
Anterior:	26160	Anterior:	26/11/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/01/2019
Consumo Médio:	209	Emissão:	21/12/2018
Consumo Faturado:	209	Anexo/Adjunto:	24/12/2018

NORMAL

DETALHAMENTO DA UNIDADE DE CONSUMO					
Unidade de Consumo	Tipo:	Número Medidor	Período	Código Faz.	Multa 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	260

DETALHAMENTO DA UNIDADE DE CONSUMO		DETALHAMENTO DA UNIDADE DE CONSUMO
Média de consumo		CONSUMO 209 A R\$. 0,791912 = 165,50
NOV/18	370	ILUMINACAO PUBLICA 47,44
OUT/18	345	
SET/18	246	
AGO/18	292	
JUL/18	237	
JUN/18	246	
MAI/18	223	
ABR/18	264	
MAR/18	208	
FEV/18	221	
TABELA SEM TRIBUTOS:		
	9 R 209 - 0,634620	

Nes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/01/2019, em função das contas revisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informações aonde existiriam contas vencidas só e/ou revisadas(s) no valor de R\$ 300,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FUSO		695D.8108.BE1F.DA7E.4518.59BD.AE5F.8212	
Distribuição:	41,06	IMPORTE BASE:	165,50
Enegia:	87,06	Base de Cálculo:	17,00%
Transmissão:	0,00	Alíquota KMS:	28,13
Encargos:	4,52	Valor do KMS:	0,84
Total:	32,86	Valor do PIS:	3,89

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
1,96 9,00 0,38

FLORESTA 10/2018 76,80
ROT: 5.001.12.04.021718

REF ID: 0108915-3	TOTAL A PAGAR R\$ 212,94
MÊS FATURADO 12/2018	VENCIMENTO 11/01/2019
002052554 FCAM	

8364800002 9 12940075000 3 00000000108 1 91531218008 5



SEQ.: 00099 UC: 0108915-3 DT.LEIT.: 24/12/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 26369 NORMAL TOTAL: 212,94 CARGA: 007
DT.VENC.: 11/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1102





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ioir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512-02,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagmar da Silveira Oliveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.894.622-91, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima
Dagmar da Silveira Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.894.622-91, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua: Antônio P. Galvão	Número	1832	Complemento
Bairro	Buritis	Cidade	Bea Vista	Estado RR CEP 69.309-209
Email	ILORRR@HOTMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	(95)99154-4282	Telefone celular (DDD)

Bea Vista - RR, 13 de Maio de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

Dr. Lopes deo Dr. Aldeia
raem Moto x nro R. foi envolvid
proteio de ossos do punho (E expost) . CD.
ACC + enlameio

Dr. Mateus Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
		H.G.R			
		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
		Ortopedie			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
Vasconcelos Santos de Oliveira		466910		2101213010216319133171911	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
26/09/73		M		Geovana Soares da Silva	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
000		Rua São Francisco - Centro - Venda Bela		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
RJ		23211111		<p>Injuriado, vítima de fratura do osso do fêmur (2) que acidentou o moto</p>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
<p>Fratura aberta e fratura exposta</p>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
<p>História + Exame Físico + Radiografia</p>					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Fratura aberta e fratura exposta		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
				() CNS () Antes () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Dr. Elder		14/07/18		Dr. Odilon da Cunha Médico Residente Ortopedista	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO		() EMPREGADOR		() INDEPENDENTE	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
AUTORIZAÇÃO					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
() CNS		() CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
14/07/18				0408050500 5828 V299	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Dagnar Da Silva

Data: 14/07/18 O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Encosta Osso Perna Esquerda
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento urgente fratura Encosta libra e fixa
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIAO: Dr. Elder
2º Cirurgião: Dr. Marcos R.
3º AUXILIAR: _____
ANESTESESTAS: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

- (1) Paciente em D.P.H nos anestes.
- (2) Intussus e fissura
- (3) colocacao de campos esteriles
- (4) L.M.E.
- (5) Sutura
- (6) Reducao humero + colocacao de fixador externo
- (7) Panoste radiologico
- (8) Curativos
- (9) RPT

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedista
CRM: 110



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

"Amarração, Unidade e Desenvolvimento"

Dogmar da Silva Oliveira 44m

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

a

FICHA DE ANESTESIA

14/07/23

Nega Alergia.
Om à 10m.

AGENTES	11	15	30	45	24	15	30	45	0	15	30	45	15	30
	H 20													
LÍQUIDOS VENOSOS	A M	C S	D G	E B	X	S	S	S	S					
DA X	240													
ULSO O	38	220												
ANES X	36	200												
OP O	34	180												
TOMT	32	160												
ASPIR A	30	140												
RESP O	28	120												
	26	100												
	24	80												
	22	60												
	20	40												
Expon														
Assist														
Contro														
SÍMBOLOS														

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Fentanil 100		Monitorização contínua em 20 de Infusão 10-10	1 - Check List Anest. OK.
B Midazolam 10		1 - Infusão 20% de Glicina	Monitor: SpO2 + Freq Cardíaca.
C Atropina 0,05 mg		2 - Sedacão: Fentanil 10 mcg.	I - CN 02 221nm + SUP.
D Dipiveta 2 g I.C.V.		3 - Midazolam 1 -> CV	Midazolam 1 -> CV
E Tramadol 100 mg		4 - Reanesthesia.	
F		5 - Dipiveta 2 g.	Dipiveta 2 g.
G		6 - Tramadol 10	6 - Tramadol 10
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Câmla - Heró / Glic Faringe Nasc / Onabatagase - Gaze Sal + Temp - Calor do Túnel Bob Mármore Dificuldade Técnica	7 - alta ASA II.
INOC			
SANGUE			
500 ml 1500 ml		TEMPO DE ANESTESIA:	
TOTAL 1500 ml			
OPERAÇÃO:			
Tratamento emergencial de fratura Perna tibia e fíbula.			
ANESTESE:			
Dr. Carlos Alberto P. (CAB) M.D.	2020	CHURRASCO	PE. DA SAMBÔNEIRA
Bruno Thiago O. C. Pinto			Minha
MÉDICO			
CRM-SP 1025			

Laringe - Espas. - Exame Rádio
Laringoscópio - Glottis - Pneum.
"Seling" - Vômito

História - Antiga
Bradi Taquicardia - Taquic

PE. DA SAMBÔNEIRA
Minha

93 MAR 2018



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Dagnor da Silva Oliveira			S/N	14/07/11
TIPO		CIRURGIA		
Fixação Externa de Tíbia "E"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		23:20	00:20	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Reg. Eder		ANESTESISTA:	Dr. Eudes	
1º AUXILIAR	Reg. Danielle	RES. ANESTESIA:	Reg. Danielle	
2º AUXILIAR	Reg. Marcos	INSTRUMENTADOR	Reg. Bruno	
CIRCULANTE		Cristiane e Hilário		
TIPO	ANESTESIA:	TIPO DE DURAÇÃO:		
Q	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10000	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml
3	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
5	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
6	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
8	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
9	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº
10	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
11	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
12	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
13	SERINGA 01ML			SURGICEL
14	SERINGA 03ML			Agujha p/ irrigue
15	SERINGA 05 ML			Eletrodos
16	SERINGA 10ML			Cafeteras de O ₂
17	SERINGA 20ML			Equipo macrogomas
				<input checked="" type="checkbox"/> Atoduro de creponz
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Alessandra e Stefanie	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjjudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJT8H SHGNQ GSS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESTADO DE RORAIMA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Dagmar da Silva Oliveira
(esponsável) Eduardo

Nome: Raniela R. Muniz R.

SAÍDA (Saia dos Operários)

PACIENTE CONFIRMOU:
() Sim Não

Sítio Cirúrgico
() Aplicou

Consenso érito
() Sim Não

RISCO CIR. CICO
() Aplicou

ITIG DEM. REGADO
() Sim Não se Aplica

VARIIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
() Aplicou

OXYMETER DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
() Não Sim, Qual: Nev

ABRÉIA, RISCOS DE ASPIRAÇÃO
() Não

SIM, e aquipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
() Não

Sim, e ac: uso cuidadoso adequadamente planejamento
() Não fluidos

Qual: Maloti na Dg Hora 22,00

A. G. S. Silveira
Enfermeira II/TTO

Assinatura e Carimbo

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente
() Aplicou

Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
REVISÃO DO CIRURGIAO:
Qualis são as etapas críticas ou inesperadas, circulação da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Fiz 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 quisquer preocupações.

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

() Sim Não

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

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

() Sim Não Não se Aplica

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Aplicou

Qual: Maloti na Dg Hora 22,00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Não se aplica

301-2



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	301-2
PACIENTE	Draymor da Silva Alves			
DIAGNÓSTICO	Pneumonia aguda (E) Cognote			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	-NEGA
IDADE	LEITO		DATA	14/07/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			S/N
4	TILATIL 20mg 12/12hs S/N			S/N
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			24/06/19/18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS S/N			S/N
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H			S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			S/N
14	CURATIVO DIARIO			Curativo
15	metformina 550g 1x/dia			(12)
16	Aspirin 6/6hs			11/17/23 05
17	Indometacina 60mg Ev 06/06hs			06/19/24
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÀ REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

6m: 15.07.2021
as 24:50 hs
no Bloco C, em ambulatório
e tem pressão arterial de 120/70 mmHg
PPI: 06:00 hs
PT = 220x8
FC = 200 bpm
T = 36,7°C
D = +
G = -



SINAIS VITAIS	DEPRESSÃO	CO2	34.8	100
6 H	296mmHg	2.5U	01.5U	
12 H				
18 H				
24 H				

Os: 23:00 - PA: 120 x 78 mmHg

PS: 97 mmHg

En. André Eduardo
COREN/RN 269 129

Percentil encaminhado a RIC, apresentando com suspeita de pneumonia, feri N8

13 MAR. 2019



LICENCIADO

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

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE <i>Dagmar da Selva Almeida</i>				
AGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS	DM2		
OCADE	LEITO	303-2		
ITEM	PREScrição		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>8:00</i>	
2	AVP		<i>8:00</i>	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		<i>12:00</i>	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS		<i>12:00</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>12:00</i>	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>S.N.</i>	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>S.N.</i>	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>8:00</i>	
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	<i>Cefalotino 1g 6/6h EV</i>		<i>12:00 20 02 08</i>	
15				
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<i>ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES</i>				
<i>EXAMES FÍSICOS: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, FORMCORRADO, HIDRATADO.</i>				
<i>EVOLUÇÃO:</i>				
CONCLUSÃO:				
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO				
EVOLUÇÃO DE ALTA SEM PREVISÃO				
MAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120/70	105	-	36.3°C
13 H				
24 H				
<i>Dr Odinachi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia</i>				

12 MAR 2018

20 MAR 2018

12 MAR 2018

301-2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			HGR Hospital Geral de Roraima
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		<i>Dagmar do Nascimento Almeida</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		<i>S/N</i>			
IDADE		HAS	NEGA	DM2	<i>NEGA</i>
ITEM		LEITO	<i>301-2</i>	DATA	<i>16/07/18</i>
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>01 DM</i>	<i>S/N</i>		
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia				<i>NB</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	<i>cetilcrescina</i>			<i>1g 12/12h c6 20/02/08 (14)</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs	<i>SIN</i>			<i>Am</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	<i>SIN</i>			<i>Am 18/24/06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>Am</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>Am</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)				<i>Am</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>Am</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Am</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	<i>Mettformin 850g 1cp/d</i>	<i>Vd</i>			<i>(18) Am</i>
16	<i>Ventre 6060g 1cp/d</i>				<i>12/23/06</i>
17	<i>Clotromecin 600g EV 6/6h</i>				<i>12/24/06</i>
18					<i>12</i>
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), → CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	<i>22/20 4 UN I.R</i>			

VOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

06h00 PA - 104 X 64 FC 84 T - 36,5°C D - + E - 0 Dextro 264mg/ll A 2UI insulina 22H PA = 140x90 mmHg P = 85 BPM T = 36,7°C Dextro = 283 mg/ll Cidrenes Diphenes Chaves Sist. imageria UVRH 652.135

SINAIS VITAIS	PA	P	DEXTER	T
6 H				
12 H				
18 H	PA: 140x90	P: 85	283 mg/ll	36,7°C
24 H				

*MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA*

*Cleidvanila Silva Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 891.851-TE*

*18.00 ms
PA: 130x80 mmHg
FC: 98 bpm T: 36°C
Dextro 317mg/ll*

13 MAR 2018

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		<i>João Pedro de Almeida</i>		
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	<i>30 f</i>	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO		
		HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE <i>de alcool</i>			<i>S/N</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia			<i>X</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>(esperando)</i>			<i>-</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>			<i>S/N</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>			<i>12h X 24h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			<i>S/N</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS <i>X 24h 08</i>			<i>S/N</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>S/N</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			<i>S/N</i>
14	CURATIVO DIARIO			
15	<i>Ceftriaxonam 1g EV 12/12h</i>			<i>3UI 02</i>
16	<i>Bendamox 400 EV 6/6h</i>			<i>VOX 24h</i>
17	<i>Meloxicam 150 12/12h V.O</i>			<i>(Q)ATP</i>
18	<i>Glicidol 500 mg 12/12h, V.O</i>			<i>20 08</i>
19	<i>Voxtral 180 1350 06/120920</i>			<i>OR</i>
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Ao bloco para programação cirúrgica

to diacont - ulceras epicondila e obliterar apertos de obliterar apertos medicamentos da 24h

*Dr. Mauro Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1995*

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	Duração	Prancha
6 H					
12 H	110/89	87	36,5°C	+	
18 H	90x60	60	36,6°C		
24 H	333/62	76	36,7°C	+	+
06h					

301-2

401-4

401-4

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Diagnóstico		
ALÉRGIAS	NEGA	HAS	NÃO
ADADE		LEITO	301-2
ITEM			DATA
1	DIETA ORAL HVRE	01 DM	HORÁRIO
2	AVP		SND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	X	V 24-00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SÉ DOR INT	X	S
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		S
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM	SCV	X
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SCV	X
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)	SCV	X
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	Clindamycin 600g EV bID	X	V 24-00
14	Ciprofloxacin 80g EV 12/12h (nupes)		
16			

TIABETO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI;
251-300: 4 UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML
LAVARE BIDONISTA

EXCLUSÃO MÉDICA:

SÍNTESE	V.	PA	FC	FR	TEMP
CH	134x72	80	19	36°C	
CH	140x80	64	—	36°C	
CH	140x80	70	—	36°C	

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA
MARCOS AGUIAR
CRM: 100188
CBO: 100000
CRM-RR: 100000
Residente de Ortopedia e Traumatologia

17- Ceftriaxon 8g EV 12/12h

18- Metformin 850g scid b6

19- Galactal 8g ip 12/12hvo 20° 08

13- Nata 66h 12/200 8' 1246. 25' 302mg/dl 148mg/dl

23:00 Alm. ELIZIR
CPM. FERNANDO
Jaqueline Inácio Ferro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 556.273

15:45: PA: 130x80 mmHg
FC: 89 bpm T: 36.4°C
Osciloscópico: Eliowatio SC.

1800ms: PA: 130x90 mmHg
FC: 90 bpm T: 36.4°C
DLE7 Beato: 256 mg/dl
Fito 20 20 20 Inf. Toluca na 5.000cc

NIR
Regulado para leito

BLD 40 J-4 às 11:00hs.
Regulação Interna



4014

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	DAYMAR DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA OSSOS DA Perna ESQ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	44	LEITO	401-4	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS			
2	AVP			
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS			
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16	GLIBENCLAMIDA 5MG VO 12/12HRS			
17	METFORMINA 850MG 1 CP 1 X AO DIA 21 PAC			
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
19	DEXTRO C/6HRS 111 171 231 061			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	78
(12) H	106/73	85	20	36 0
18 H				
24 H				

Dr. Odipachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1151 RT

Dr. Odipachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

401-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

CIENTE

Dagnat Ro. Silva Oliveira, 44 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14/07/18 COM
AGNÓSTICO DE Fratura exposta ossos 1/2 Peleira (E)

1 DIA 14/07/18

FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação articulação tibial (E)

SENDO

FEITO PELO DR.

Elder

E DR.

CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA

20/07/18 AS 12,00h-30

EM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

IRONEL MOTA NO DIA

06/08/18

AS

7,30m

COM O

Elder

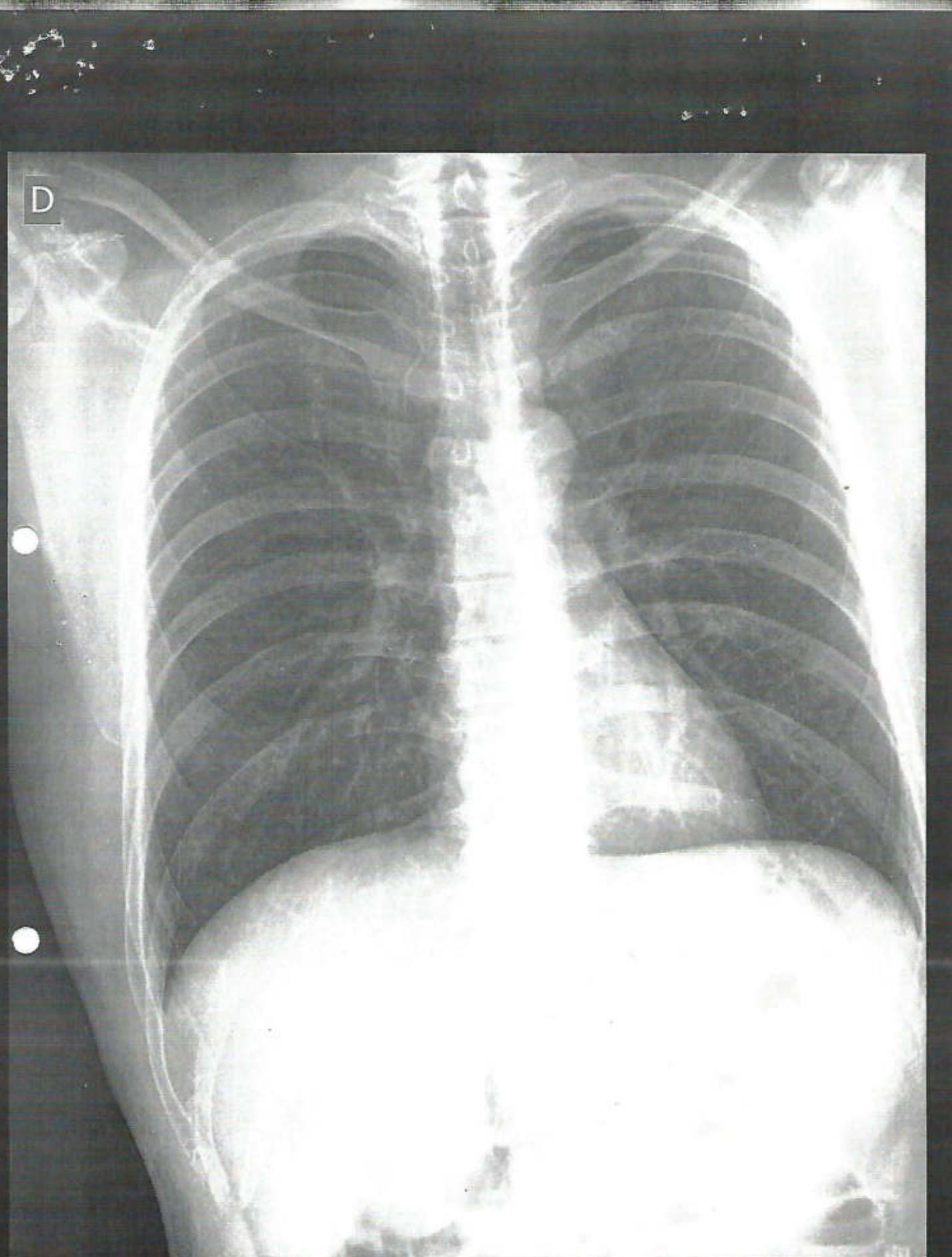
INSTRUÇÕES GERAIS:

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

ciente recebe alta hospitalar sob orientação do dr

Brum

Dr. Odilson Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861/RN



DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA,

BLOCO D 401-4

20/7/2018 10:57:56

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

64.4 %



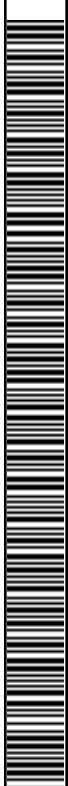


DAGMAR DOS SANTOS DE OLIVEIRA ,

14/7/2018 21:27:10

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

69.5 %



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

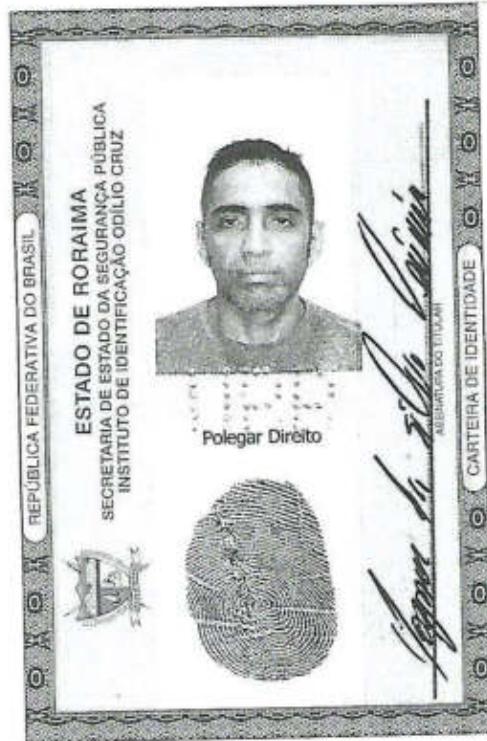
REGISTRO GERAL 117562 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/08/2018

NOME DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

PLACÃO ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA
GEOCINA SOARES DA SILVA
NATURALIDADE BOA VISTA - RR
DOC. ORIGEM CERTD NASC 9925 FLS 185V LIV A-9
1º OF BOA VISTA-RR CEP 446.894.622-91 2ª VIA AMADEU ROCHA TRIANI
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

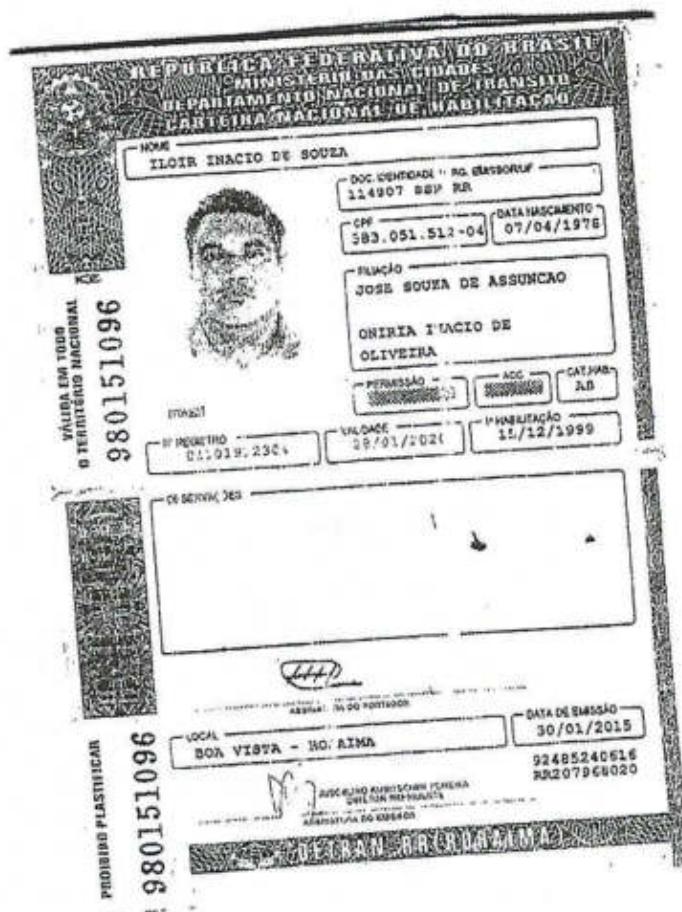
P1

PROIBIDO PLASTIFICAR



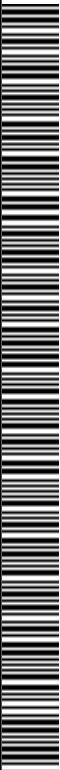
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT8H SHGNQ GSBT7N 3FELA





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT8H SHGNQ GSGBTN 3FELA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Dagmar da Silva Oliveira
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Professor
IDENTIDADE:	117562 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: São Francisco, 74, Cinturão Verde

OUTORGADO

NOME:	Gloria Amélia de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Barreiros

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.

Boa Vista, RR, 14/08/2028

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



J. Oliveira de Aquino
Escrivente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087702/19

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 446.894.622-91

Data do acidente: 14/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA : 446.894.622-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 446.894.622-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA