

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 de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:

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
	12.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2824557CONTESTACAOAnexo02.pdf
	12.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2824557CONTESTACAOAnexo03.pdf
	12.4 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2824557CONTESTACAOAnexo04.pdf
	12.5 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2824557CONTESTACAOAnexo05.pdf
	12.6 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf
		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.	SISTEMA CNJ
	10	19/07/2021 09:33:05	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE
			Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
	9	19/07/2021 07:42:53	CONCLUSOS PARA DESPACHO
		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
	7	19/07/2021 07:37:56	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)	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos

03/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição Inicial



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

**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, n.º 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.

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>



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 gratuidade judiciária ao reclamante, mormente se inexistir 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.

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos
03/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição Inicial



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 tíbia 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 FÊMUR 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.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJS5G PQG8L TZWJU 9WAFR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL4A 8VBBQ MWVT6 XTAQY

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos

03/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição Inicial



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

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.

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos
03/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição Inicial



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.

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 1.1 - Assinado digitalmente por Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos
03/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição Inicial



Dá-se a causa o valor de R\$ 5.693,74 (cinco mil seiscientos 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

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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.

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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;

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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 irretroatável 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)

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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

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

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

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

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

Ante o exposto, deve o feito 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.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

09/08/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho

22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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

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

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

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 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.”

⁷art. 1º. (...)

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

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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

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

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

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

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

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.

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

PROJUDI - Processo: 0813549-37.2019.8.23.0010 - Ref. mov. 11.1 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
22/05/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Petição

SUBSTABELECIMENTO

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

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

**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:****3civresidual@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.

Cumprе 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 KHGWP 88PAD

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.tjr.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.tjr.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

Pag. 01851/01852 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJT8H SHGNQ GSB7N 3FELA

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

Seguradora LIDER
Autôr de Seguro DPVAT

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 ASI: _____ CPF da vítima: 446.894.622-91 Nome completo da vítima: Dagmar da Silva Oliveira

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

Nome completo: Dagmar da Silva Oliveira CPF: 446.894.622-91
Profissão: Professor Endereço: Rua: São Francisco Número: 79 Complemento: Casa
Bairro: Cinturão Verde Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69
E-mail: LOIRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☐ RECURSO 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 OPÇÃO 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: 4263 3 CONTA: 16.789 4
(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: _____ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: Bea 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): _____

(*) 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)
Logradouro: Rua São Francisco

Bairro: Cinturão Verde
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
Bairro: Cinturão Verde

Nº: 74

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

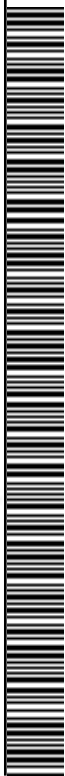
Nº: 001105/2019

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 ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Seguradora LIDER
Autôrizada pela SUSEP

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 ASI: _____ CPF da vítima: 446.894.622-91 Nome completo da vítima: Dagmar da Silva Oliveira

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 CPF: 446.894.622-91
Profissão: Professor Endereço: Rua: São Francisco Número: 74 Complemento: Casa
Bairro: Cinturão Verde Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 69
E-mail: LOIRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☐ RECURSO 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 OPÇÃO 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: 4263 3 CONTA: 16.789 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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: _____ Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Local e Data: Bea 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): _____

(*) 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 NOVA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1396		* 192	
UNIDADE: <u>Bravo III</u>		EQUIPE: <u>Ten. Guly/ cond. Abis</u>					
Paciente: <u>Dagmar do Silva Oliveira</u>		Idade: <u>44</u>		Sexo: <u>mulher</u>			
Nacionalidade: <u>brasileira</u>		Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		Etnia: <u></u>			
Endereço: <u>Av. São Francisco</u>		Bairro: <u>Centro</u>		Cidade: <u>Novo Horizonte</u>			
Nº: <u>13-109</u>		DATA: <u>14/02/19</u>		HORA J/S: <u>20:05</u>		BASE () VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Dr. Enzo</u>		HORA J/D: <u>20:14</u>		HORA J/S: <u>20:56</u>		() CELULAR	
MOTIVO DO ACIONAMENTO:							
ACIONAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NA BASE <input type="checkbox"/> 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		VIOLÊNCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <u></u> <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 Acionado <input checked="" type="checkbox"/> MOTO/BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Pêlo <input type="checkbox"/> Outros: <u></u>		<input type="checkbox"/> FAF <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"/> Outros: <u></u>		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Outros: <u></u>	
PEDESTRE		CICLOVIA		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA	
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA <input type="checkbox"/> FAIXA		<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Pêlo <input type="checkbox"/> Outros: <u></u>		<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 checked="" type="checkbox"/> AVON <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparelho Estilizado <input type="checkbox"/> GLASGOW	
SINAIS VITAIS E ESCORES							
Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Bpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"
Início	<u>20:39 BCX 90</u>	<u>108</u>	<u>23</u>	<u>98</u>	<u>-</u>	<u>275</u>	<u>-</u>
Fim	<u>20:54 BCX 90</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>96</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele		Cabeça		Face		Tórax	
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Claudicante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Nandouia		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Desvio de traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	
Pelve		Coluna Dorsal		MIMSS		MIML	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação	
OCULAR		VERBAL		MOTORA		TOTAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> Sem resposta		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta		<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
AVALIAÇÃO CARDÍACA							
<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"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outros: <u>trauma</u>	
GRAVIDADE PRESUMIDA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		HISTÓRIA PEGRESSA			
				<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso: <u>metformina</u> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros			
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)							
INCIDENTE							
<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"/> Trote <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			
OBSERVAÇÕES							
RCP							
<input type="checkbox"/> Iniciada em: <u></u> <input type="checkbox"/> Termina em: <u></u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.							

SAMU 102-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/02/19
Stephanie
Rubrica

42 MAR 2019

GESTANTE

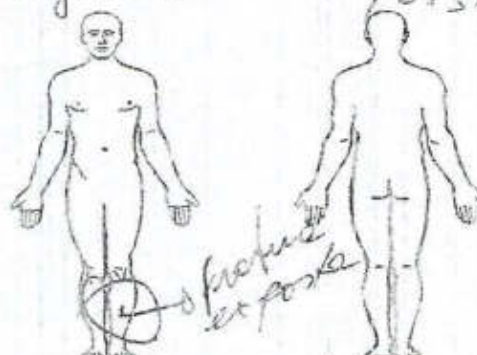
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

[illegible]

010m fda 2 ^a fusma	MATERIAL E MEDICAÇÃO	01 RL Soro
04 atadura de 20 cm		01 Enxugo 100g
02 Compressa		01 Fita de 10 cm
01 Gaze 100 cm		01 2 ^a fusma RL 25
01 Jaleco 18		01 5 ^a COPI. 250ml



Grupo acionado para aquisição transações coligadas.
nota x nota virtual interligada de acordo com o
em contrato diversos outros que não se podem
verificar em contrato com natureza especial do MPE
feito protocolo de transação com caráter mais pro-
prio e objetivo do VTR. Verificação no SSU, as
mesas de interligação do membro do Ato. Ato de
verificação de acordo com o protocolo de
verificação regular que incorpore o seu
para mais avaliação.

ASSINATURA E CARIMBO
 [Signature] 26 342249



Eletrobras
PARA CONTATO COM A ELETROBRAS, INFORME ESTE NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051790-9

000926097

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

JAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
R. SAO FRANCISCO 74 CINTURAO VERDE
PF: 00044689462291
EP: 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
NORMAL 30	

ESIDENCIAL BI 14EDB09704M 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				

PARCELA SEM TRIBUTOS:
R\$ 700 - R\$ 0,456770

MENSAGEM IMPORTANTE

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/06/2018. O não pagamento por parte do consumidor também é incluído no nome do consumidor na SPNOM. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

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

33A8.CE98.E615.008F.AC5B.0E5D.A7C0.972A

COMPOSICAO		DETALHAMENTO	
Instalação	119,91	Instalação	395,08
Transmissão	191,84	Transmissão	17,00%
Consumo	0,00	Consumo	67,16
Perdas	7,99	Perdas	1,44
Taxas	75,34	Taxas	6,74

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

DISTRITO 04/2018 0,00

ROT: 29.001.22.07.152200

Eletrobras


0051790-9 706,18

06/2018 16/07/2018

000926097 FCAM

83660000007 6 06180075000 4 000000000051 3 79090618008 4

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



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitan Ené Gomes, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-400 (067-44) (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Bônus B-1
Suporte ao usuário de serviços eletrônicos pelo 0800 000 000

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0108915-3

Nº da Nota Fiscal 002052554

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

Consumo	Data
Atual: 26369	Atual: 24/12/2018
Anterior: 26160	Anterior: 26/11/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 25/01/2019
Consumo Medido: 209	Emissão: 21/12/2018
Consumo Estimado: 209	Arrecimação: 24/12/2018

NORMAL 28

Classe/Subclasse	Direção	Número Medidor	Ponto	Código Fat.	Multa 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	260

Mês/Ano	Consumo
NOV/18	370
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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 209 - 0,634620

Mês/Ano	Consumo
CONSUMO	209 A R\$. 0,791912 = 165,50
ILUMINACAO PUBLICA	47,44

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/01/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá encerrar o fornecimento e inclusão do nome do consumidor na SEREN. Inexistindo ainda existirem contas vencidas e as reavaliadas no valor de R\$ 380,02 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

695D.8108.BE1F.DA7E.4518.59BD.AE5F.8212

RESERVAÇÃO FISCAL


TAXAS E CONTRIBUIÇÕES	TAXAS E CONTRIBUIÇÕES
Distribuição: 41,06	Base de Cálculo: 165,50
Energia: 87,06	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 28,13
Encargos: 4,52	Valor do PIS: 0,84
Tributos: 32,86	Valor do COFINS: 3,89

INFORMAÇÕES DE CONTABILIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46
1,96	9,00	0,38	

FLORESTA 10/2018 76,80

ROT: 5.001.12.04.021718



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitan Ené Gomes, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-400 (067-44) (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO

0108915-3

MÊS FATURADO

12/2018

Nº da Nota Fiscal

002052554

TOTAL A PAGAR - R\$


212,94

VENCIMENTO

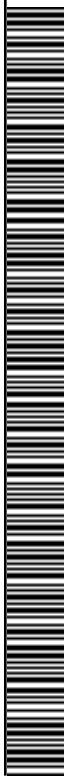
11/01/2019

FCAM

83640000002 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 09,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagmar da Silva Oliveira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 446.894.622/91, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Dagmar da Silva 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 <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beatista</u>	Cidade <u>Beatista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILOFRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Beatista - RR, 13 de Março de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

...: Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HE

Visit
over

14/07/2018

1800981356 14/07/2018 20:58:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 18

Paciente		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		18	
DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF ⁰⁷		Prontuário	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo		Estado Civil Raça/Cor		702100763933791		44689462291	
IDENTIDADE 117562		SSP/RR 13/11/2002		M		SOLTEIRO (APARDA		Naturalidade		Nacionalidade	
Mãe						BOA VISTA - RR				BRASILEIRA	
GEOCINA SOARES DA SILVA				Pai		ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA		Contato			
Endereço								(95) 99133-1523			
RUA - SAO FRANCISCO - 74 - CINTURAO VERDE - BOA VISTA - RR										Ocupação	

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	NÃO INFORMADA	
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					Sis Prenatal
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor	URGÊNCIA					
GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada					
	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.				
						Registrado nos

Queixa Principal: Febre, dor de cabeça, dor no corpo

☐ Síndrome Fobril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC		TOTAL	
AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6	

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

☐ Ambulatório
☒ Observação (Até 24h)
☐ Internação
 Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 14/07/2018 21:00:07

© 2016
NOTESCH - Institut für Technologie
224 - Fachstraße am Seid
Wien, +43 (0) 1 47 80



1800281356

Ortopedia Dr. Elder
Tratamento MOTO X MOTO. R+ por contusão
fratura de osso do punho (E) (Exposto). CD.
AOCC + tratamento

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



13 MAR. 2019



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>H.E.R.</i>		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>Ortopedia</i>		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Magnum Dos Santos De Oliveira</i>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>466910</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>710121301071613191313171913</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>26/09/73</i>	
9 - SEXO <i>M</i>		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Geoliana Soares da Silva</i>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua São Francisco - Antônia Verde</i>		12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Bom Vista</i>	
13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		14 - UF <i>RJ</i>	15 - CEP
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura 8, Vítima de fratura e Osso de perna (E) após acidente de moto</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>tratament cirurgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Histórico + Exame físico + Radiografias</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura fíbula e fíbula exposta</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Dr. Elder Dr. ...</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>14/07/18</i>	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - CID 10 PRINCIPAL	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>14/7/18</i>		48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>04080505005828</i> <i>V299</i>	

verbo 00.07.18



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Dagmar Da Silva

Data: 14/07/18

O.S. _____



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO

Dr. Elder

1º AUXILIAR:

Dr. Delnachi R.

2º AUXILIAR:

Dr. Marcos R.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:


FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Paciente em D.P.H. sob anestesia
- ② Intubação e fixação
- ③ colocação de campos esteréis
- ④ L.M.E.
- ⑤ Sutura
- ⑥ Redução livre + colocação de fixador externo
- ⑦ Controle radiológico
- ⑧ Curativos
- ⑨ RPA

Dr. Elder Soares
Médico Responsável
Ortopedia
CRM


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
"Assistência Social e Saúde" / "Assistência Social e Saúde"

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Dagmar da Silva Oliveira 44a

Data: 14/07/12

Pré-medicação: Dagmar Alegria
DM à 10a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES

LIQUÍDOS VENCISOS

DA °C 240

ULSO 38 220

ANES 36 200

X 34 180

OP 32 160

O 30 140

TCC 120

ASPIR. 100

A 80

RESP 60

O 40

Expon 20

Assist

Contro

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

1 - Check List Anest. OK.

2 - Monitor: SpO2 + FC + Esc + Press.

3 - CN O2 20mm + SUP.

4 - Sedação: Fentanyl 10 mcg.

5 - Midazolam 1 mg

6 - Raccinestesia.

7 - Dip. Vagina 100mg. LS 2.

8 - Cetalarina 2g.

9 - Dipiridona 2g.

10 - Tranquil 10g

11 - Alca 150ml.

GLICOSE UNIDADES

INDCO

SANGUE

CE-DA 1500ml

TOTAL 1500ml

OPERAÇÃO

ANESTESIA

INDIC

PREJACIO

PE-CA SANGUE

Minim

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

13 MAR 2012



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Dagmar da Silva Oliveira			S/N	14/10/21
TIPO		CIRURGIA		
Fixação Externa de Tibia "E"		TEMPO DE DURAÇÃO		
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		23:20	00:20	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	Res. Eder	ANESTESISTA:	Dr. Eudes	
2º AUXILIAR	Res. Marcos	RES. ANESTESIA:	Res. Danielle	
		INSTRUMENTADOR	Res. Bruno	
		CIRCULANTE	Cristiane e Hilma	
TIPO DE ANESTESIA:	Raquie			
Q	Q.F.	MATERIAIS	VALOR	QUANT
	<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>
		PACOTES GAZE		
3		LUVA ESTERIL 7.0		
4		LUVA ESTERIL 7.5		
		LUVA ESTERIL 8.0		
		LUVA ESTERIL 8.5		1
		LUVAS P/PROCEDIMENTOS		
3		LÂMINA BISTURINº 15		
		DRENO DE SUÇÃO Nº		
		DRENO DE TORAX Nº		
		DRENO DE PENROSE Nº		
		SERINGA 01ML		
2		SERINGA 03ML		
2		SERINGA 05 ML		
3		SERINGA 10ML		
		SERINGA 20ML		
				5
				1
				1
				<input checked="" type="checkbox"/>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Alessandra e Stefanie	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

SESAU

[illegible]

301-2

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Deynor da Silva Almeida		301-2	
DIAGNÓSTICO		Fratura do pé (E) esquerda			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia			SND	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12		14/07/18	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	S/N		S/N	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	S/N		S/N	
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 DIÁRIO			S/N	
15	Mefenamic 550g 1p/d			S/N	
16	Dorip 6/6h			S/N	
17	Clindamicina 600mg EV 06/06h			S/N	
18				S/N	
19				S/N	
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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				

13 MAR. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Em: 15.07.2018
as 14.50 h, paciente chegou
no Bloco C, com medicação
e sem problemas de vitalidade.

PA: 106/66
PP: 120 x 80
FC: 100 bpm
T: 36,7°C
D: +
E: R

SINAIS VITAIS	DEIXO	Correção	348mg/10L
6 H	296mg/10L	2 UI	01 UI
12 H			
18 H			
24 H			

Roco-C

NIR

Regulado
para leito
301-2

Regulação Interna

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

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

com Prescrição
obscure 15.07.18

Os: 23:00 - PA: 120 x 75 mmHg

Paciente encaminhado a BC, operado com sucesso, sem NE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Dagmar da Silva Almeida				
AGNÓSTICA					
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
ITEM	LEITO	305-2	DATA	15/07/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				CND
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				Sn
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12:18 24 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Sn
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Sn
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Sn
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 8/6 H				
14	Cefalotina 1g 6/6h EV				14 20 02 08
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				

LIVRO MÉDICA

EM CONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

PLAQUE FISIO: DEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

2.5. INDUCTION

1. PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

12 hs deuto: 370mg
feito 2UI de IR C.P.I

T. J.

PREVISO DE ALTA		SEM PREVISO		
NAIS VI	PA	FC	FR	TEMP
EH				
12H	120/70	105	—	36.3C
13H				
24H				

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12 MAR 1966

2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818

304-2

1513

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Dagnar do Nêro Almeida		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS			
IDADE	HAS	NEGA	DM2
ITEM	LEITO	304-2	DATA
PRESCRIÇÃO		16/07/19	
1	DIETA ORAL LIVRE 01 DM	HORÁRIO	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	5ND	
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h	18/	
4	TILATIL 20mg 12/12hs SIN	12/12h e 6 20 02 08 (14)	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6	18/24.06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	18/24.06	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	18/24.06	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)	18/24.06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	18/24.06	
10	SSV + CCGG 6/6 H	18/24.06	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	18/24.06	
14	CURATIVO DIARIO	18/24.06	
15	Melformin 850g 1cp/d VD	18/24.06	
16	Dextro 616h	18/24.06	
17	Chloramfenicol 600g EV 6/6h	18/24.06	
18		18/24.06	
19		18/24.06	
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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		
VOLUÇÃO MÉDICA:			
Ao bloco para programação cirúrgica			

22H PA = 140x90 mmHg
P = 85 BPM
T = 36.7°C
Dextro = 283 mg/dl
Cidreones Didegenes Chaves
Imagem
CURRRR 652.135

SINAIS VITAIS	PA	P	Dextro	T
6 H				
12 H				
18 H	PA: 140x90	P: 85	283 mg/dl	36.7°C
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Cledvanila Silva Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 891.651-TE

13 MAR 2021

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		1) <i>diagnóstico de Aterio Alveolar</i>				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2
IDADE		LEITO		305-2		DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>de acordo</i>					SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (<i>Despensa</i>)					-
4	TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>					Sr
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>					12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					Sr
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					Sr
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					12 18 24 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					Sr
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					Sr
14	CURATIVO DIARIO					
15	<i>Cellulaxone 1g EV 12/12h</i>					12 18 24 06
16	<i>Clindamicina 600 EV 6/6h</i>					12 18 24 06
17	<i>Meltharmen 500g 1g EV VO</i>					12 18 24 06
18	<i>Clindamicina 600 1g EV 12/12h VO</i>					12 18 24 06
19	<i>Dextro 18 1350 06/20/20</i>					OR
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ 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

do paciente - status após o diagnóstico após medicação da 24h

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	Diário	
6 H					
12 H	110/59	87	36.5°C	+	
18 H	90x60	60	36.6°C		
24 H	115/62	76	36.7°C	+	+
06h			36.8°C	-	Diário

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 1995

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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	Dagmar da Silva Almeida				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	301-2	DATA	18/07/18
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL EVRE D/Dm S/D				
2	AVP				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SÉ DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	Clonazepam 600g EV 6/6h				
14	Ciprodolacina 800g EV 12/12h (Nupres)				
16					
SE HUBER CO 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					
SOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12h	130x72	80	14	36°C	MARCO AGUIAR
14h	140x80	64	—	36°C	CRISTIANE AGUIAR
16h				36°C	CRISTIANE AGUIAR
18h	140x80	70	—	36.1°C	CRISTIANE AGUIAR

17 - Clonazepam 1g EV 12/12h

13 - Metformin 850g 12/12h

17 - Gabapentin 500g 12/12h

13 - Dextro 66h 12/200 8/246. 25/302mg 148mg

15:45: PA: 130x80 mmHg
FC: 89 bpm T: 36.0°C
Rec. inf. Clonazepam SC.

18:00h: PA: 130x90 mmHg
FC: 90 bpm T: 36.4°C
Dextro 256mg
Rec. inf. Dextro 256mg SC

23:00 Alm. EUIE
CPM. Jaqueline Mácio Ferro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 556.273

NIR

Regulado
para leito

301-2-4 ao 18/07/18
Regulação Interna

13 MAR. 2019

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					
IDADE	44	HAS	DM2		
LEITO	401-4	DATA	20/07/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABETICOS				
2	AVP				3:00
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS				noto
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				18 06
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				5:00
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				06
15	CURATIVO DIÁRIO				10:00
16	GLIBENCLAMIDA 5MG VO 12/12HRS				20
17	METFORMINA 850MG 1 CP 1 X AO DIA 21 PAC				23 12
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12 18
19	DEXTRO C/6HRS 11 171 231				24 06
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:					
# CONDUÇÃO:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	Tx	
12 H	106/73	85	20	360	
18 H					
24 H					
<p>Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1851/RN</p> <p>Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia</p>					

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

IENTE Dagnar Da Silva Oliveira, 44 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14, 07, 18, COM
GNÓSTICO DE fratura exposta ossos 12 perna (E)
DIA 14, 07, 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação externa tibia (E) SENDO
ERADO PELO DR. Elder E DR. _____
CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20, 07, 18, ÀS 12, 00h, EM
M ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
M ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
RONEL MOTA NO DIA 06, 08, 18, ÀS 7, 30h, COM O
Elder

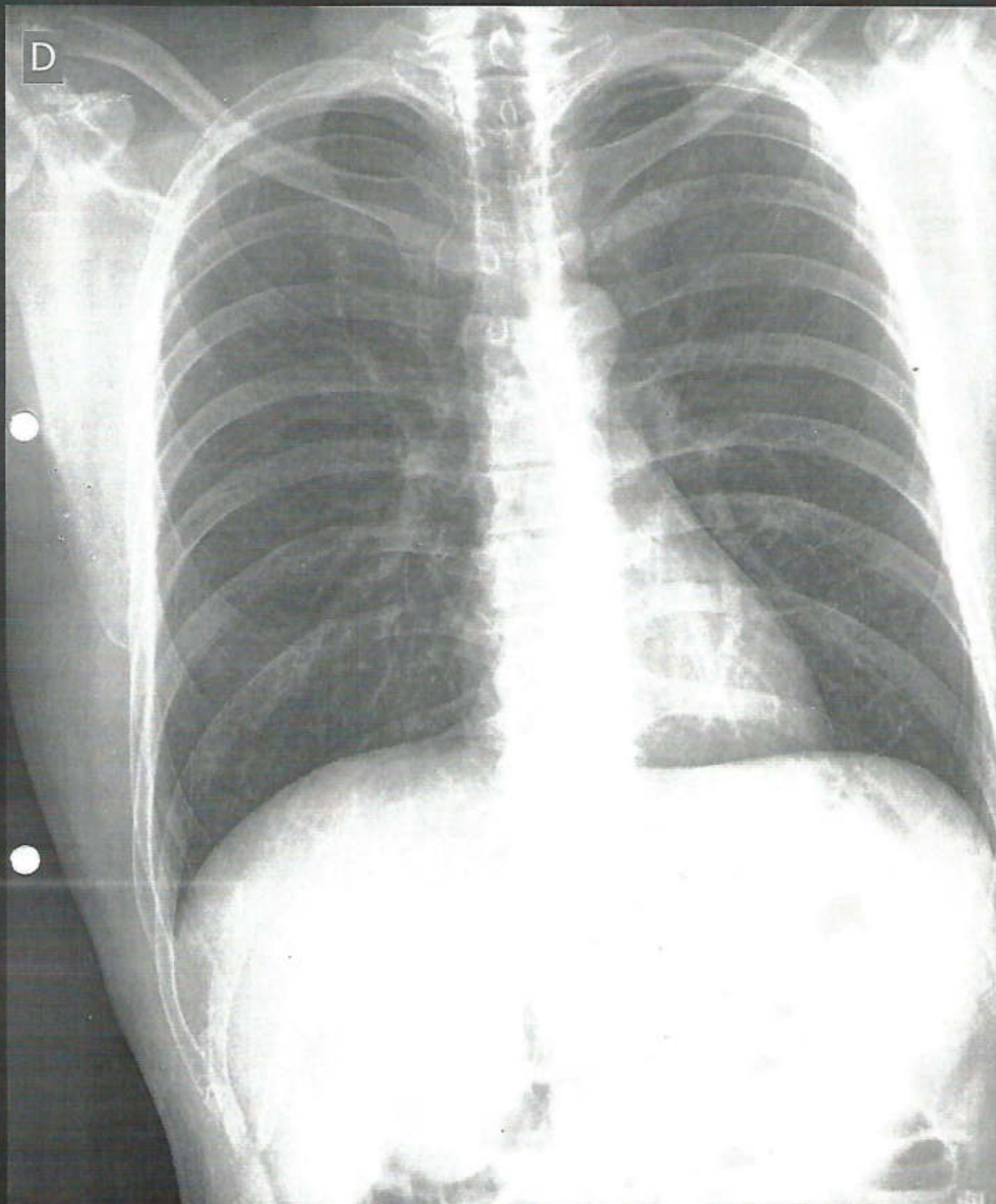
INDICAÇÕES GERAIS:

- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- NÃO FLETIR 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.

IENTE REGISTRO ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Bruno

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

42 MAR 2018

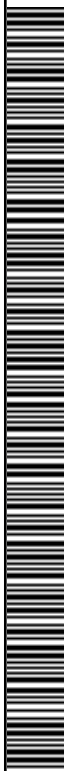


DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOCO D 401-4

20/7/2018 10:57:56

84,4 %





D

DAGMAR DOS SANTOS DE OLIVEIRA ,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

14/7/2018 21:27:10

89,5 %



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **117562** DATA DE EMISSÃO **06/08/2018**

NOME **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA**

FILIAÇÃO **ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA**
GEOCINA SOARES DA SILVA

BOA VISTA - RR
DOC ORIGEM
CERTD NASC 9925 FLS 185V LIV A-9
1º OF BOA VISTA-RR
CH

DATA DE NASCIMENTO **26/09/1973**

AMADEU ROCHA TRIANI
Pessoa Participante da Polícia Civil
Emissor do ADP

446.894.622-91
2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. CATEGORIA - RG. BRASIL
114907 RGV RR

CPF
583.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FUNÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO - ACC - CATEG. AB

ESTADO
RJ

IF. PRECATORIO
01.018.2304

VALIDADE
28/01/2021

1ª HABILITAÇÃO
11/12/1999

DE SERV. DES

LOCAL
BOA VISTA - RO. AIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
R0207968020

ASSINADO DIGITALMENTE
JOAO ALVES BARBOSA FILHO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

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

OUTORGADO

NOME:	Glaci Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 4832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Boa Vista, RR, 14/08/2028

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087702/19

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 446.894.622-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2018

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 médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

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

DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA

