

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2339027920190515180059

Processo 0801745-72.2019.8.23.0010 - (112 dia(s) em tramitação)
Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apenasamentos (0)	Vínculos (0)											
Realces																
Realçar Movimentos <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																
Filtros																
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																
48 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 48																
500 por pág. 1																
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por													
<input type="checkbox"/> 48	15/05/2019 18:00:59	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador													
		<table border="1"> <tr> <td>48.1 Arquivo: Petição</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,</td><td>2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.PDF</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>48.2 Arquivo: Parecer medico</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,</td><td>2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo01.PDF</td><td>Público</td></tr> <tr> <td>48.3 Arquivo: Petição inicial</td><td>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,</td><td>2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.PDF</td><td>Público</td></tr> </table>	48.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.PDF	Público	48.2 Arquivo: Parecer medico	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo01.PDF	Público	48.3 Arquivo: Petição inicial	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.PDF	Público		
48.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.PDF	Público													
48.2 Arquivo: Parecer medico	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo01.PDF	Público													
48.3 Arquivo: Petição inicial	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2562914IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.PDF	Público													
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) e ao evento de expedição seq. 45.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador													
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ELIAS RIBEIRO MOURA) em 06/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) e ao evento de expedição seq. 44.	Thiago Amorim Dos Santos Advogado													
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019)	KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário													
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ELIAS RIBEIRO MOURA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019)	KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário													
<input type="checkbox"/> 43	03/05/2019 16:53:36	JUNTADA DE LAUDO	KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário													
<input type="checkbox"/> 42	04/04/2019 16:16:40	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (14/03/2019)	Thiago Amorim Dos Santos Advogado													
<input type="checkbox"/> 41	28/03/2019 12:29:53	LEITURA DE CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) REALIZADA CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) lido em 20/03/2019 - Referente ao evento de expedição (seq. 33) EXPEDIÇÃO DE CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) (15/03/2019 15:45:40)	Clelma Silva Teles Técnico Judiciário													
		DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 30) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(15/03/2019) e ao evento de expedição seq. 32.	SISTEMA CNJ													
		DECORRIDO PRAZO DE ELIAS RIBEIRO MOURA (P/ advgs. de ELIAS RIBEIRO MOURA *Referente ao evento (seq. 30) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(15/03/2019) e ao evento de expedição seq. 31.	SISTEMA CNJ													
<input type="checkbox"/> 38	21/03/2019 09:50:34	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (14/03/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador													
		KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA														



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

Processo: 08017457220198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIAS RIBEIRO MOURA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **NAX7319**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extraí da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO MÉRITO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo tramitou na **1ª Vara Cível de Boa Vista**, sendo autuado sob o **nº. 0815337-28.2015.8.23.0010**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 27/09/2014.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, **50%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls. , realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando**.

O laudo pericial informa que houve fratura em dedo do pé direito, mas observa o Perito que a sequela de tornozelo seria advinda de trauma antigo. No entanto, ao indicar o percentual conclui pela indenização em duas lesões, no tornozelo, a lesão antiga e no dedo do pé esquerdo.

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Não haveria razão para o pagamento de lesão antiga, já paga anteriormente, conforme colaciona trecho a ré abaixo:

Informações da Vítima

- Nome completo: Elior Ribeiro Melo
- CPF: 441.332.592-04

Endereço completo:

Informações do acidente

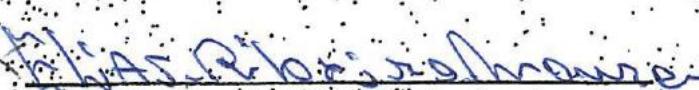
Local:

Data do Acidente:

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de Indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JECD da Comarca de _____ - ().

Local, data:


Assinatura da vítima

E, a conclusão da perícia:

b.2.1) Informar o grau da Incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

10% D

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

2ª Lesão

10% D

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

3ª Lesão

10% D

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

4ª Lesão

10% D

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes

Conforme pagamento administrativo realizado, que segue para elucidação:

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIAS RIBEIRO MOURA
Valor: R\$ 4.725,00
Banco: 104
Agência: 000000653
Conta: 0000038318-2
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

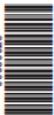
R\$	4.725,00
Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** desta demanda e relativo a este acidente, conforme estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá porque o autor ainda se encontra em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva graduação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autorral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

"APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC."

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015)."

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016)."

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após alta médica. Digno de destaque são os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

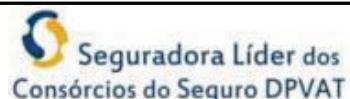
Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 10 de maio de 2019.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150093238 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA **Data do acidente:** 27/09/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

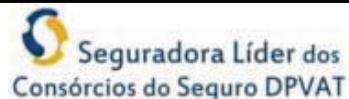
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150093238

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA

Data do acidente: 27/09/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

Descrição do exame MARCHA CLAUDICANTE,RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONOZELO ESQUERDO +
médico pericial: LIMITACAO MODERADA NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150093238 - 2

Nome do(a) Examinado(a): ELIAS RIBEIRO MOURA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA GRAO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO nº 654 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 133844 - SSP

Data local do exame: 20/05/2015 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTSE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
ALTA MEDICA DEFINITIVA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MARCA CLAUDICANTE, RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONOZOLO ESQUERDO + LIMITACAO MODERADA NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MIE

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este encarramento no campo das observações(*):

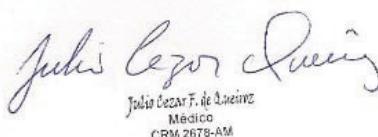
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 20/05/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cesar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

a Fernandes,

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: PJJX5X U4ZMJ 4VXB8 VB2UD



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

TERMO DE COMPROMISSO – PEDIDO DE REAGENDAMENTO
PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ

À

Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT

Rio de Janeiro/RJ

Vítima: *Elias Ribeiro Maura*

Sinistro Nº: 3150/098238

Data do Acidente: 27/09/2014

Tendo em vista que me considero portador(a) de Invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARCER** na data e local que forem definidos por V.Sas.

Confirmo a seguir o endereço onde resido atualmente e meu(s) telefone(s) de contato.

Av./Rua Poente - C.J Guanabara, nº 654

Bairro: Lagoatral Cidade: Bea Vista CEP: 69.317-372

Fone(s) (95) 3624-4407 ; (95) 3223-9179 ; (95) 99154-8475

Local e Data: Bea Vista, RR, 27 DE abril DE 2015

Elias Ribeiro Maura
(Nome da vítima conforme RG)

a Fernandes,

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6231684

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



a Fernandes,

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6321072

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00035/00036 - carta_02
00180018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX5X U4ZMJ 4VXB8 VB2UD



Seguradora Líder • DPVAT

**Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2015****Carta nº: 7051517****A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA**

Sinistro: 3150093238
Vitima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIAS RIBEIRO MOURA**Valor: R\$ 4.725,00****Banco: 104****Agência: 000000653****Conta: 0000038318-2****Tipo: CONTA POUPANÇA****Memória de Cálculo:****Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%****Graduação: Em grau médio 50%****% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%**

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
--	------------	-----------------

Multa:	R\$	0,00
---------------	------------	-------------

Juros:	R\$	0,00
---------------	------------	-------------

Total creditado:	R\$	4.725,00
-------------------------	------------	-----------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,**Seguradora Líder-DPVAT**

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elías Ribeiro Moura

POR PORTADOR(A) DO RG N° 133844

EXPEDIDO POR SSP/IRR

EM / / E

CPF 447332592-04 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO mãelutinacole pacina
E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elías Ribeiro, Moura, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

X PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0653 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0383 18-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

AUTORIZADO DE FORMA LÍTERA



RESINTRAN
30 JAN 2015

Bon Vista RR, 23 de Janeiro de 2015

LOCAL E DATA

Elías Ribeiro, Moura

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

a Fernandes,

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



AUTO-ATENDIMENTO ~ AG CRUVIANA

DATA: 13/11/2014

HORA: 17:07:29

TERMINAL: 39061002

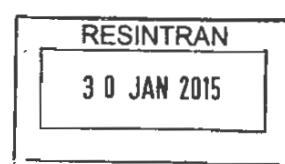
CONTROLE: 390610020349

AGÊNCIA: 0653 - BOA VISTA

CONTA : 013.00038318-2

CLIENTE: ELIAS RIBEIRO MOURA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

BO@NET - Gestor de Boletins de Ocorrência

http://172.14.1.211:8080/bo_net-rr/impressaoRelatorio/impressaoBo...

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Central de Flagrantes

Boletim de Ocorrência nº 28213 E / 2014

Registrado em 27/09/2014 às 20:10 horas

Dados Gerais

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: A TIPIFICAR

DATA DO FATO: 27/9/2014 - HORA FATO: 12:00

LOCAL DO FATO: Rua Expedito Francisco da Silva (Antiga Z-4)

BAIRRO: Doutor Silvio Leite

Autoria Desconhecida

1ª Vítima

NOME: Elias Ribeiro Moura

PAI: Antonio Pereira Moura

MÃE: Maria Ribeiro Moura

SEXO: Masculino - EST. CIVIL: União Estável - DT NASC: 08/12/1967 IDADE: 46 anos

NATURAL DE: Barra do Corda - UF: MA - PROFISSÃO: Manutenção de Piscinas

DOC.IDENT.: 133844 - ÓRGÃO EXP: SESP/Pólicia Civil/RR

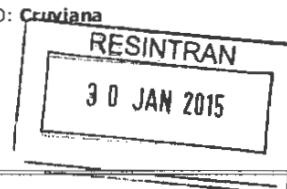
END. RES.: Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo , 654 , Residencial Cruviana - BAIRRO: Cruviana

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

Celular: 95 9154-8475

GRAU LESÃO: Lesões graves - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: Não

RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: Sem relacionamento



2ª Vítima

NOME: Francileide de Sousa Oliveira

PAI: José Marques de Oliveira

MÃE: Maria das Dores de Sousa Oliveira

SEXO: Feminino - EST. CIVIL: União Estável - DT NASC: 27/03/1984 IDADE: 30 anos

NATURAL DE: Codó - UF: MA - PROFISSÃO: Estudante

DOC.IDENT.: 196099 - ÓRGÃO EXP: SESP/Pólicia Civil/RR

END. RES.: Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo , 654 , Residencial Cruviana - BAIRRO: Cruviana

MUNICÍPIO: Boa Vista/RR

Celular: 95 9157-8095

GRAU LESÃO: Lesões leves - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: Sim

RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: Sem relacionamento

Histórico

Compareceu a esta Central de Flagrantes a Comunicante/Vítima para informar que na data de hoje trafegava juntamente com seu esposo na Motocicleta Iros/One Chassi nº 96ZNE2125BM000700, placas NAN-9492, Cor Prata pela avenida Expedito Francisco da Silva (antiga Z-4) sentido Centro/Bairro quando foram abalroados por um Veículo cuja comunicante não recorda a cor nem as placas. Tendo sofrido ferimentos na perna esquerda e seu esposo sofreu uma fratura exposta na perna esquerda. Que ao serem abalroados a comunicante caiu tendo seu esposo sido arrastado. Que o condutor do outro veículo deu ré e evadiu-se do local do acidente, tendo a motocicleta sido recolhida pela Polícia Militar (CIPTUR) para o pátio do DETRAN. Era o que tinha a comunicar.

Requisições expedidas

Requisições IML: Sim

Instituto de Criminalística: Não

Instituto de Identificação: Não

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Arq: Processo Administrativo

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE

064684

Vtr.	SUCp	Data	S/Sefor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
4:30	CIPITUR	27/03/14	OCSTE	12:50	12:50	13:00	13:00
Cod. Oc	Cod. Prov	Cod. Ser. Prest		Km/ini		Km/Elin	
10.01-10.03	13007-13010			84.346		312.69	

— LOCAL DA OCORRÊNCIA —

1 CONDUTOR Nome: ELEAS RIBEIRO MORAES (seminar no desabuse) Idade: 41 F ECRU U. E. NUC
Endereço: RUA SANTO ANTONIO 651 BLOCO A APARTAMENTO 103 - CEP 25030-000

Ed: RG 133 844 S5P/3-2- CNH mao 2-2501 CNH 177 D Profissao: Escritor - 915718095

PASSAGEIRO Name: LÍBANOS, LÉLIS SANTOS SILVEIRA Idade: 32 E-mail: 13220X77156
Endereço: RUA GUARAPARI, 107, Bairro: JARDIM - CEP: 654 - Cidade: MARINGÁ - 9157-8095

Endereço RUA RAIMUNDO ALVES 2600 47 F 11617 CAMPOS
Edifício 2600 1º SSP/CR CNH Profissão: 22100-2223-1

Nome: IRIS MELISSA MORAIS MATT
Número: 142 Endereço: RUA C-29 nº 505 - RJ. SILVEIRAS
Mae: ECAI 551701

ED- RG 246 - 55/R2 CNH Profissão: Boticário

L-EMU-2019-00030 NOME: EMERSON CANDIDATO RG: 2272 CNH: 2272-00030
Endereço: Rua Ouro Preto, 200, Centro, Rio de Janeiro, RJ, 20030-000
Ed: RG: 2272-00030 SSP/RJ CNH: 2272-00030

CONFERE COM O ORIGINAL

Endereço: Setor Híbrido / Cidade: Brasília / Profissão: RESINTRAN

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS
30 JAN 2016

Radio Especialista
Número: 100-008565 - BEM
Nº do convite: 100-008565 - BEM

RECEBÊ CONDUZIDO(S) MATERIAL(AS) ACIMA ANOTADOS FORAM PESSOAS CONDUZIDAS REMOVIDAS AO MATERIAL

MS159 - 2023-24 CLASSIC 6TH GRADE MATH

ASSINATURA: *José de Souza* CARGO: *Agente* LOCAL: *São JP.*
[HISTÓRICO]
Senhor Presidente do M. P., Sua Exceléncia, na sua vinda ao local supra a Vila de KRAV

seus resultados para vitrinas. No final conforme os itens ③, ④, ⑤, o item ⑥ responde ao seu uso e seu uso é considerado condizente à IRMADORES.

má, tendo, é um dos poucos possuidores de um andarilho licenciado conduzido em Grottoense classic BEGEG Lucas N° 2357-1 e inscrito no mesmo nº

GIR A ESQUERDA NO RUMO CONTRARIO S. J. SILVA, MEMENTO EM QUE FAZ REFERENCIA A PESSOAL VINCULADA A ALUNOS FENS (1) E (2) COLOCAM AO CHAO, ANDA O ALUNO (2) PARA A DIREITA, E DEPOIS VOLTA PARA A ESQUERDA, E DEPOIS VOLTA PARA A DIREITA.

item (L) SOLICITAR AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE LA LEY DE BÉNEFICIOS SOCIALES PELIGRO, tales como SORPRENDIDAS AL PSC TÍPICO SIMU(~~PARTE~~) o CONDICIONES DE VIDA EN UNA ZONA DE RIESGO.

de GM CLASSIC EMPREGANDO FUGA SEU PRESOS? SALVANDO AS VITIMAS, TORNANDO ALGUNS IGNORANTES. PODEMOS REMOVERAM A MATRICULA DO ITEM 14) LIVRARIA

AS INTERIORES DO COMÉRCIO MÁT. DE CONSTRUÇÃO PONDE MANTENEMOS CONTATOS COM O ITEM ④ QUE NOS RELEmbRE QUE UMA PESSOA HAVIA DEIXADO

Revol. 1000 40310-3 12 SGT P.M. CIP TUR

a Fernandes,
13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

Continuação da ocorrência N° 1020150707031121804
 Aconteceu na localidade de São José do Rio Preto, no dia 09/07/2015, às 19:15 horas, e autorizada a Rua Ribeirão do Vento, no bairro Centro, que estava com iluminação em atraso. Foi quando chegou ao local o item ⑤ jogando manta caladura da SIA, RRQEM, caminhão Balas e tratando a suspensão sem ver brevidade de Afundamento que declarou os item ⑤ que o local era aberto ao público, é que o fundamento da linha constava a entidade fiscal. Foi o SGT PM Vilson dos Santos, que fez a fiscalização e identificou o veículo envolvido.

27/03/2014

Do Dia

Do Mês

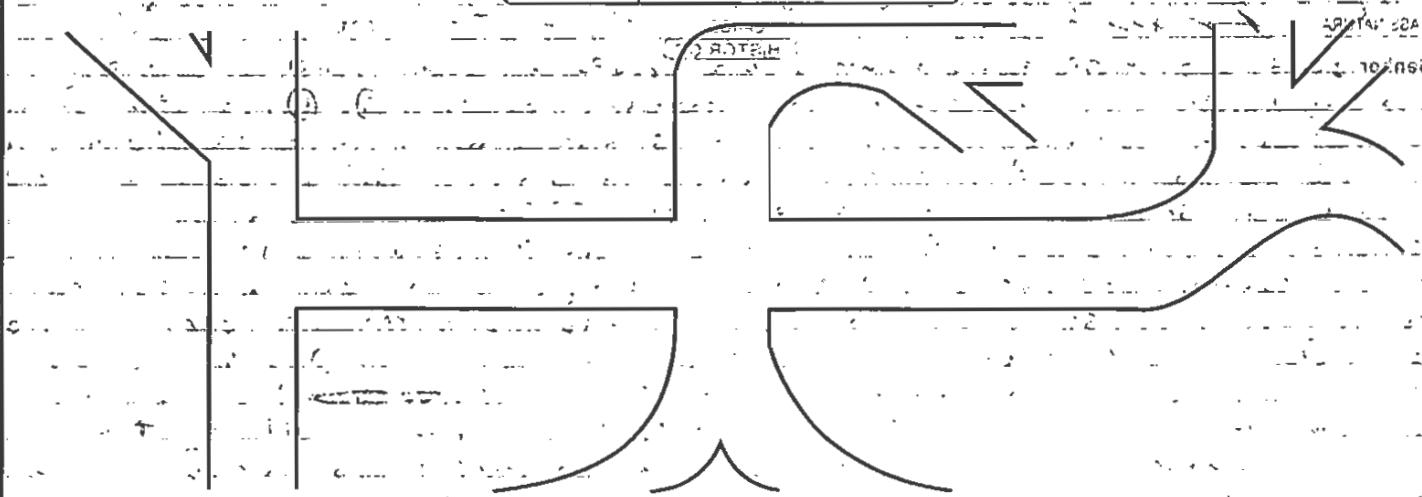
Do Ano

Do Século

ABALROAMENTO	ATROPELAMENTO (Situação da Vítima)	COLISÃO	CHOQUE	TIPO DE PAVIMENTO
Longitudinal	Parada	Frontal	Poste ou Árvore	Sand
Transversal	Andando	Traseira	Muro	Terra
Capotamento	Correndo		Casa	Arena
Tombamento			Veículo Parado	Paralelepípedo
Outros			Traseira	Cascalho
			X CONFIRME COM O ORIGINAL Outros Em 09/12/17 SGT pm Vilson	Asfalto
				Concreto

CONDICÕES DA PISTA	CAUSAS PROVÁVEIS DO ACIDENTE	PONTO DE IMPACTO
Seca	Desobediência a Situação	1 2 3 4
Molhada	Falta de Atenção	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enlameada	Imperícia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oleosa	Mal Súbito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Com Areia	Má Visibilidade	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cruzamento	Efeitos Alcólicos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Curva	Derrapagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reta		

CARACTERÍSTICAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS				
1 - Marca	Tipo	Placa	Cor	
1 - Marca	Tipo	Placa	Cor	
1 - Marca	Tipo	Placa	Cor	
1 - Marca	Tipo	Placa	Cor	

OBSERVAÇÕES E GROQUIS DO LOCAL

1º SGT 40370-9 REINOLDO CIPITUR
 Posto/Grad. N° Nome de Guerra SUOp Assinatura

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elias Ribeiro MouraRG nº 133844, data de expedição / /, Órgão SSP/RR,CPF nº 447.332.592-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Grande Mestre Claudio B. Araújo</u>
Número	<u>654</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Equatorial</u>
Cidade	<u>Boa-Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.317-372</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 3624-4407 / 9157-</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa-Vista RR, 23/01/2015Assinatura do Declarante: Elias Ribeiro Moura

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040

RESINTRAN

30 JAN 2015



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*1004



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Eletrônico

CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
<p><input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <input type="checkbox"/> Identificação do Paciente <input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Consentimento Informado realizado <input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto/ou não se aplica <input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea >500ml 7ml/kg em crianças)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.</p>	<p><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões. <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificação do Paciente <input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <input type="checkbox"/> Consentimento informado realizado</p> <p>Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input checked="" type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésicas e pós-operatória desse paciente</p>

RESINTRAN
30 JAN 2015

Paciente: Elias Ribeiro (MABU), 46 anos

Procedimento: Limpeza cirúrgica pé esquerdo

27/01/2014

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR, CNPJ: 84.013.416.0001/34
Tel. Fax: (95)2121-0638 - Gerência Administrativa



HGR

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

EVIAS Pinto

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

DDD

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Operação de joelho com artrose
3 cm de degeneração - Trilobite

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Okada

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PRCDIEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos Enriqueta Rosa Rodrigues

() CNS

() CPF

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-RR 463

Ortopedia Carlos Enriqueta Rosa Rodrigues

37-017-000-0000-0000-63

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1) EMPREGADO

() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

RESINTRAN

30 JAN 2015

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

 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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Edson Roberto</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD / N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Operação feita em 1º de dezembro de 2014. - Traumatologista</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Reabilitação</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames realizados</i>			
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Florice - 45 - V.A. - 1000 - 000-00000000</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 () CNS		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Carlos Henrique da Rosa Ribeiro - Ortopedia - Traumatologia - CRM-RJ 463</i>		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carlos Henrique da Rosa Ribeiro - Ortopedia - Traumatologia - CRM-RJ 463</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) - 33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
36 - CNPJ DA SEGURODORA		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR RESINTRAN 30 JAN 2015	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

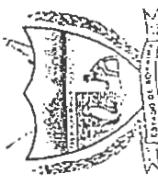
NOME DO PACIENTE		465	APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
<i>Elias Gibim Moura</i>			216-03	615800271013		
CIRURGIA						
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO			
<i>Limppe de Cirurgico de Enquedo</i>			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			19:20	19:35		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO	<i>Dr. Bueno</i>		ANESTESISTA	<i>Dr. Thiago / Dr. Ademir</i>		
1º AUXILIAR	<i>R. Elias</i>		INSTRUMENTADOR			
AUXILIAR	<i>R. Juvan</i>		CIRCULANTE	<i>Xia Mendes</i>		
TIPO DE ANESTESIA		<i>Sidacina</i>	TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID	MEDICAMENTOS		VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO		
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc		
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO		
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc		
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc		
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc		
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL		<i>Seringue 1 ml</i>
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE		<i>Clorhexine</i>
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE		<i>Tenoxicina 2 ml</i>
	FIOS DE ALGODÃO N°			ETER		<i>Cupom 30 cm</i>
	MONONYLON COM AGULHA			ATROPINA		<i>Salbutamol</i>
	MONONYLON SEM AGULHA			PROSTGMINE		
	UNIDADES DE GAZE			THONEMBUTA		
	PÁRES DE LUVAS N° 7.0 - 7.5			MARCAÍNA		
	EQUIPOS PARA SORO			INOVAL		
	ROLOS DE ESPARADRAPO			GLICOSE %		
	DRENOS N°			ÁGUA OXIGENADA		
	SONDAS N°			MERTHIOLATE		
	AGULHAS			MERCÚRIO CROMO		
	COMPRESSAS	<i>Pct 3un</i>		RESINTRAN		
	LÂMINAS PARA BISTURI	<i>15 mm</i>		30 JAN 2015		
	SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
	<i>Tarciana Palmeiro</i>					
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		SUB-TOTAL			
			TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO, Arg: Processo Administrativo

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<u>NOME DO PACIENTE:</u>	<u>PROFISSIONAIS RE</u>
<u>UNIDADE/SEÇÃO:</u>	<u>UNI</u>

RESINTRAN

30 JAN 2015

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjorjudi.tjpr.jus.br/pjorjudi> - Identificador: PJX5X U4ZJM 4VXB8 VE

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente:

Eduardo Roberto

Leito:

Data:

21/10/14

H.D.

Staff:

Medicação

Horário

1) Dieta oral livre	S.N.D
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	06-18
3) Cefalotina 1g 1amp.ev 6/6h	06-18 18-23
4) Itraconazol 200mg 1amp.ev 12/12h ou 1 comp vo 200mg 12/12h	N.T
5) Omeprazol 40mg 1amp.ev pela manhã	06
6) Plasil 10mg 1amp.ev 8/8h (S/N)	S/N
7) Dipirona 500mg/ml... (2ml) ev 6/6h	S/N S/N 09
8) Tramadol 100mg + SFO 9% 100ml ev 8/8h	S/N S/N 10
9) Captopril 25mg 1cp vo 8/8h se PA > 160x100mmhg	ATENCAO
10) Sinais Vitais 6/6h	ROTINA
11) Curativo diário	ROTINA

12 - Omeprazol 40g @ 9/44 06-10-14-18
 13 - Captopril 25mg 1cp vo 8/8h se PA > 160x100mmhg 12/12h 06-18

AO BLOCO 10/10/14 139/93 P = 100

SINAIS VITais 6/6h

Pressão arterial: 120/84

Frequência cardíaca: 82

Temperatura:

Frequência respiratória:

RESINTRAN

30 JAN 2015



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL
ORTOPÉDICO

PACIENTE

Belhas, Ribeiro

BrT

MÉDICO

DIAGNÓSTICO

24.10.04

ITEM

1

46,06

2

32,25,26,06

3

10,22

4

06

5

0000

6

0000

7

S/N

8

S/N

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Elias Ribeiro LEITO:

SUSPENSOS RESPONSÁVEIS:

DIÁRIO MEDICO: DATA: 25/10/14

Nº	DESCRIÇÃO	HORARIO
1	Dieta geral livre	SND
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24
3	Cefalotina 1g Iamp EV 6/6h	12-18-24-06
4	Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10-22
5	Omeprazol 20 mg - Iamp EV pela manhã	06
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <u>04/10/14</u>	14-22-06
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg	S/N
10	Glicemias capilar ().	S/N
	Ultrigir conforme esquema abaixo:	
	GLICEMIA	INSULINA REGULAR
	200-250	2 UI SC
	251-300	4 UI SC
	301-350	6 UI SC
	351-400	8 UI SC
	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA
	S/T	GLICOSE 50% 40 ML EV
	Exame diário 1x ao dia	M
	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA
13	<u>Azoturic 2g (1) 4/4 hs</u>	<u>JK 11/10/14</u>
14	<u>Uf proptromet 40mg (2) 12hs</u>	<u>JK 12/10/14</u>

ANEXOES DE ENFERMAGEM:

Dr. Beto SáuDivisãoDr. Ivan Leite Morris
M. D.
CRM-RF 446
RESIDENTE ORTOPEDIA

25 OUT. 2014

ao Dr. Beto. Fim de
com programação cirúrgica. E
2º turno dia 27/10.

SINAIS VITais

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				
24:00				
01:00				
02:00				
03:00				
04:00				
05:00				
06:00				

RESINTRAN

30 JAN 2015

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

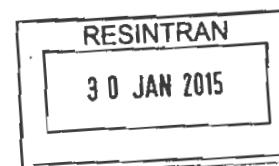
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Eduar Ribeiro LEITO

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: / /

ITEM	DESCRÍÇÃO	HORÁRIO																								
1	Dieta oral livre	SND																								
2	SF 0.9% 1000 ml (24h)	12-24																								
3	Cefalotina Ig Tamp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-00																								
4	Tenoxicam 20mg - Tamp EV 12/12h ou VO 20mg de 12/12h	12-18																								
5	Omeprazol 40 mg - Tamp EV pela manhã	06																								
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																								
7.	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-00																								
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0.9% 100 ml EV 8/8h	12 14-16-00																								
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAID \geq 100 mmHg	S/N																								
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UISC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UISC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UISC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UISC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UISC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 30 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UISC	251-300	4 UISC	301-350	6 UISC	351-400	8 UISC	> 400	10 UISC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 30 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	I.R.	12:00		18:00		24:00		06:00	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																									
200-250	2 UISC																									
251-300	4 UISC																									
301-350	6 UISC																									
351-400	8 UISC																									
> 400	10 UISC + AVISAR AO PLANTONISTA																									
< 70	GLICOSE 50% 30 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA																									
GLICEMIA	I.R.																									
12:00																										
18:00																										
24:00																										
06:00																										
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																								
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6h	ROTIKA																								
13.	<u>Eduard - 19/01/15</u>	<u>16/01/15</u>																								
14.	<u>Edmundo - 19/01/15</u> <small>GERAL EXCELENTE S/ DENTES CARIEZOS S/ DENTES CATIVOS</small>	<u>17/01/15</u>																								
15.																										
16.																										

Evolução Médica:



SINAIS VITais

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00	124/86 mmHg	908 bpm		
24:00	139/95 mmHg	86 bpm		
06:00				



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

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
97.11.14	P.º 2 de Desmobilizado. Chegou M.B.C. à unidade. Dr. Bruno, Anestesista: Dr. Thiago, Anestesista Secretaria: Estrela, Sra. Eny.; FC: Dr. Lúcio. Seu Encarregado: Caco. RTD: 100% e o R.R.: 100%.
	Rebeca Macedo Costa Enfermeira CREN 201291-1
	RESINTRAN 30 JAN 2015

RESINTRAN

30 JAN 2015

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA

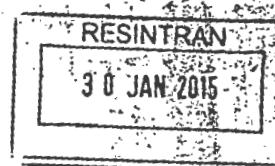
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elias Ribeiro HABITACAO: 000-3DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 13/07/2015

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral líquida <u>zero</u>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h	12-18-21-06																													
4	Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20ml de 12/12h	10-22																													
5	Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7.	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	13h																													
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	12-18-24-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td></tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td></tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td></tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td></tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 MIL EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 MIL EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td></tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td></tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> <td></td></tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td></tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 MIL EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.	<u>oxigênio 2L qd 4/4h</u>	16/14 00-12-05-00																													
14.	<u>clidomycin 600 mg qd 06/6h</u>	10-12-14-06																													
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

12hs. Coltado sangue para realização de exame - Hb.
2014



SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	134x98	81	-	36°C
18:00	120x80	79	-	36.2°C
24:00	110x70	76	-	36.1°C
06:00	120x70	66	-	36.1°C

Poss. constrição
 00.00.00.13.40

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente Elisio RibeiroLeito 216-3Data 28/10/14

H.D.

Staff

Medicação

Horário

1) Dieta oral livre	<u>S/N</u>
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	<u>1000ml</u>
3) Cefaloquina 1g 1 amp ev 6/6h	<u>12/18/21/24</u>
4) Tilitil 20mg 1amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	<u>10</u>
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	<u>10</u>
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h	<u>AN</u>
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h	<u>analisar</u>
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmhg	
10) Sinais Vitais 6/6h	<u>ROTIV</u>
11) Curativo diário	
12. Clavulânic 250mg (C) 6/6h	<u>10/10/20/20</u>
13. Clindamônico 60mg (C) 6/6h	<u>10/10/20/20</u>
	<u>18 OUT 2014</u>

Hora	P	A	D	M
12:00	<u>76</u>	<u>82</u>	<u>20</u>	<u>130/120</u>
16:00	<u>36</u>	<u>87</u>	<u>20</u>	<u>107x68</u>
24:00				
06:00				
<u>SINAIS VITIAIS 6/6HFS</u>				

Pressão arterial	<u>1</u>	<u>1</u>
Frequência cardíaca	<u>RESINTRAN</u>	
Temperatura	<u>30 JAN 2015</u>	
Frequência respiratória		

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMAPRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIAPACIENTE: Eduardo V. LinsLEITO: 6/6+3

DIAGNÓSTICO:

DATA: 10/07/15

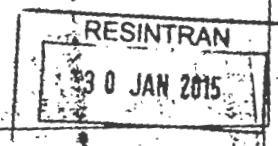
ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-18-21-06																													
3	Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h	10-22																													
4	Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20ml de 12/12h	06																													
5	Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã	S/N																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	12-18-24-06																													
7.	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	10-22																													
8.	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00	1	1	18:00	1	1	24:00	1	1	06:00	1	1
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00	1	1																													
18:00	1	1																													
24:00	1	1																													
06:00	1	1																													
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.	<u>Eduardo V. Lins (EV) V14/07/15</u>	<u>10/07/15</u>																													
14.	<u>Eduardo V. Lins (EV) V14/07/15</u>	<u>10/07/15</u>																													
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

"ENFERMOS"

25 OUT. 2014

12:00 → APRESENTANDO FLEBITE EM MSE; TROCADO
ACESSO; MANTENDO PERÍODO — 11



SINAIS VITrais

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	90/60	79	21	36,5°C
18:00	110/80	80	20	36,1°C
24:00	130/80	78	20	36,3°C
06:00	110/70	75	—	—

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PREScrição MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

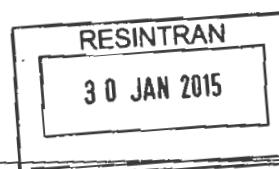
PACIENTE: Eliza Irabin LEITO: 216-3

DIAGNÓSTICO: DATA: 30/10/14

ITEM	DESCRÍCÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	(12-24)																													
3	Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h	• 12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	(10-22)																													
5	Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	(12-18-24-06)																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	(14-22-06)																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	S/N																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50%-40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50%-40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50%-40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.	<u>exanatase 1g 09/01/15</u>	<u>10/14/15 22 02 06</u>																													
14.	<u>clindamycin 600mg 09/01/15</u>	<u>10/14/15 22 02 06</u>																													
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

5/11/2014
PROJUDI - PROJETO ORTOPEDICO
ELIZA IRABIN



SINAIS VITrais				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
10:00	120x78 mmHg	96	-	36,9°C
18:00				
24:00				
06:00				

→ FIRE!!

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



22.15.1 27.07.15
Município de Manaus
EMERGENCIAL
PENITENCIÁRIO

REQUERIMENTO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Eduardo Ribeiro Moraes

IDADE: 46 Anos REGISTRO:

BLOCO: (B) ENFERMARIA: 216 - 3 LEITO:

UTI: _____ EMERGÊNCIA:

DE: Oftalmologia

PARA: Panacelso/oxi

Dados Clínicos:

Fissio Crimisa

Grau 1

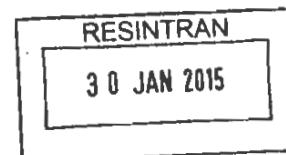
2014

Data

Médico

Data

Médico



a Fernandes,
13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Elias Ribeiro MOURA

IDADE:

46 Anos.

REGISTRO:

BLOCO:

(B)

ENFERMARIA:

216 - 3

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Onofre

PARA:

Princípios

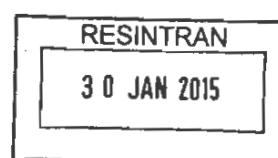
Dados Clínicos:

Pisco humorOnofre

~~2015~~
~~2015~~
~~2015~~
~~2015~~
~~2015~~

Médico

Data



Médico

Data

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

0/2014

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



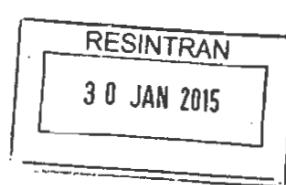
Rosilie
21/07/14

1400325033 20/10/2014 13:32:45		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		TARDE 13-19 4	
Paciente ELIAS RIBEIRO MOURA		Data Nascimento 08/12/1967	Idade 46 A 10 M 12 D	CNS	CPF 44733259204	Prontuário 00067580	
Tipo Doc Documento IGNORADO	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BARRA DO CORDA - MA	Contatos (95) 8115-3674
Mãe MARIA RIBEIRO MOURA			Pai				
Endereço RUA - GRAU MESTRE BARBOSA DE ARAUJO - 604 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento OUTROS	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA			Procedimento Sol.			Registrado por: FRANCISCA
Quais Principais	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: _____						
	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : /						
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> M. Anatomia Patológica / / : /					
Assinatura do Paciente ou Responsável 							
Carimbo e Assinatura do Médico 							
Impresso por: francisca Data Hora: 20/10/2014 13:58:09							

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo



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: PJX5X U4ZMJ 4VXB8 VB2UD



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elias Ribeiro Moura, portador da carteira c
Identidade nº 132.844 e inscrito no CPF/MF sob o nº 447.332.592-04
residir e domiciliado na Rua: Grão Mestre Cláudio, 654 - Equatorial
Cidade Bonito, Estado Pará, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento e
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74!

Dedico ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

Elias Ribeiro Moura

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bonito RR, 23/01/2015

Local e data

RESINTRAN
2.0 - JAN - 2015
OUTROS

1004054



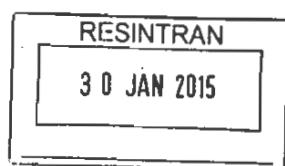
a Fernandes,

13/07/2015: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: Processo Administrativo

DECLARAÇÃO DE CONTA ATIVA

Declaro para os devidos fins que possuo uma conta aberta da caixa econômica federal e a mesma encontra-se ativa e não tem limites de depósito por ser verdade, assino.

Elias Ribeiro Souza
CPF 447.332.592-04





**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA.... VARA
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA-RR.**

ELIAS RIBEIRO MOURA, Brasileiro, União Estável, Autônomo, portador do RG nº 133844 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 447.332.592-04, residente e domiciliado nesta cidade na Rua Grão Mestre Barbosa de Araújo, nº 604, Bairro Equatorial, CEP 69.317-372 com os seguintes Telefones (95) 99154-8475 / 98115-3675, por seus advogados *in fine* assinados (procuração anexa), vêm perante a ilustre presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS
MORAIS**

em face da empresa **LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608/0001-04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, Tel. (21) 3861-4600), tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:



DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Conforme declaração de próprio punho em anexo a esta exordial, o Requerente não tem condições de arcar com o ônus processual sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

De acordo com o artigo 4º da Lei 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, a parte interessada poderá gozar dos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação na própria petição inicial de que não está em condições de arcar com os custos do processo.

No parecer de alguns doutrinadores, a expressão "assistência judiciária" é mais abrangente que "justiça gratuita". (ZANON, 1990, p. 26). Muito oportuna se apresenta a lição do Prof. Nehemias Domingos de Melo (2004):

"A Assistência Judiciária, enquanto instituto de direito administrativo, é posta à disposição do hipossuficiente como condição primeira para seu ingresso no judiciário, quando então, lhe é fornecido além das isenções de custas e atos processuais, defensor público. De menor abrangência, o benefício da justiça gratuita é instrumento eminentemente processual que pode ser solicitado ao juiz da causa tanto no momento inaugural da ação quanto no curso da mesma, significando dizer que a dispensa das despesas processuais é provisória e condicionada à manutenção do estado de pobreza do postulante, podendo ser revogada a qualquer tempo."(grifo nosso).

Nesse sentido se posiciona o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA – A concessão de Assistência Judiciária Gratuita independe da condição econômica de pobreza ou miserabilidade da parte, importando sim a demonstração de carência financeira, nem que seja ela momentânea, conforme se depreende do art. 2º, § único da Lei 1.060/50 e artigo 5º, LXXIV da CF. Agravo de instrumento. Decisão monocrática dando provimento. (TJRS – AGI 70006492433 – 12ª C.Cív. – Rel. Des. Marcelo Cezar Muller – J. 04.06.2003) (grifos nossos)

O art. 5º, inciso LXXIV, da Carta Magna, preceitua que:

"LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos."

Urge consignar que apesar de ter o Requerente contratado advogado particular, firmou com este contrato de risco, e evidente que tal atitude do Requerente não lhe



retira o direito da assistência judiciária gratuita devidamente assegurada pelo artigo 5º, LXXIV, bem como pela Lei 1.060/50.

Nesse sentido decidiu a 4ª Turma do STJ no REsp 1.065.782-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 7/3/2013, vejamos:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. IMPOSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA AOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DEVIDOS POR FORÇA DE CONTRATO DE ÉXITO.

A concessão de gratuidade de justiça não desobriga a parte beneficiária de pagar os honorários contratuais devidos ao seu advogado particular em razão de anterior celebração de contrato de êxito. O texto do art. 3º da Lei n. 1.060/1950, cujo teor prevê isenção ao pagamento de honorários advocatícios, não diferencia os sucumbenciais dos contratuais. Entretanto, não se pode conferir a esse artigo interpretação que contradiga o próprio texto da CF e de outras normas dirigentes do ordenamento jurídico. Desse modo, entender que a gratuidade de justiça alcança os honorários contratuais significaria atribuir à decisão que concede o benefício aptidão de apanhar ato extraprocessual e pretérito, qual seja, o próprio contrato celebrado entre o advogado e o cliente, interpretação que vulnera a cláusula de sobredireito da intangibilidade do ato jurídico perfeito (CF/1988, art. 5º, XXXVI; LINDB, art. 6º). **Ademais, retirar do causídico a merecida remuneração pelo serviço prestado não viabiliza, absolutamente, maior acesso do hipossuficiente ao Judiciário. Antes, dificulta-o, pois não haverá advogado que aceite patrocinar os interesses de necessitados para ser remunerado posteriormente com amparo em cláusula contratual *ad exitum*, circunstância que, a um só tempo, também fomentará a procura pelas Defensorias Públicas, com inegável prejuízo à coletividade de pessoas** — igualmente necessitadas — que delas precisam. Precedente citado: REsp 1.153.163-RS, Terceira Turma, DJe 2/8/2012. **REsp 1.065.782-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 7/3/2013. (grifo nosso)**

Recentemente, a 1ª Turma do STF examinou esta questão sob o ponto de vista criminal e decidiu que esta conduta do advogado não lhe retira o direito ao recebimento dos honorários contratados.

De acordo com o STF, não há qualquer ilegalidade ou crime no fato de um advogado pactuar com seu cliente, em contrato de risco, a cobrança de honorários, no caso de êxito em ação judicial proposta, mesmo quando este goza do benefício da gratuidade de justiça. (STF. 1ª Turma. HC 95058/ES, rel. Min. Ricardo Lewandowski, 4/9/2012).

Desta forma, respaldada pela legislação constitucional, infraconstitucional e recentes julgados dos nossos Tribunais Superiores, e sem se olvidar do fato de não estar o Requerente em condições de arcar com o ônus processual sem prejuízo próprio e de sua família, suplica o Requerente que Vossa Excelência se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita.



DOS FATOS

O Autor, em **27/09/2014** sofreu fratura em membro inferior esquerdo. Resultando em debilidade permanente de função do membro afetado conforme prontuário médico (docs. Anexo). A invalidez, debilidade permanente, foi produzida em decorrência das seqüelas ocasionadas em virtude de acidente de trânsito ocorrido em Boa Vista/RR (docs. anexos).

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, em **22/05/2015**, efetuou o pagamento de apenas **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, ou seja, menor que o devido por lei, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

DO DIREITO

DO VALOR DEVIDO

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, *verbis*:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO.
COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT.
PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE
INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO
DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE
SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA.



RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator(a)**: Nelson Schaefer Martins; **Julgamento**: 20/04/2010; **Órgão Julgador**: Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação**: Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

Notório a responsabilidade do complemento do saldo a que o Autor tem direito, porque a seguradora deixou de observar preceito legal específico que lhe obrigava ao pagamento integral de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**. Desta forma vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

DA INVALIDEZ

Importante frisar que a lei determina a indenização por invalidez no valor máximo, sendo que para isso necessário o laudo pericial, que não necessita a aferição do grau de INVALIDEZ, uma vez que acostado laudo do IML, conforme súmula da Turma Recursal dos Juizados Especiais de Manaus:

E M E N T A: CONSUMIDOR – CIVIL – SEGURO DPVAT – PRELIMINARES AFASTADAS – PAGAMENTO PARCIAL NÃO OBSTA PROPOSITURA DE AÇÃO PARA RECEBIMENTO DA DIFERENÇA – DESNECESSIDADE DE APRECIAÇÃO DO GRAU DE DEBILIDADE – PREVALÊNCIA DE LEI EM FACE DE DISPOSITIVO INFRALEGAL – INDENIZAÇÃO FIXADA NA LEI 6.194/74 – RECURSO IMPROVIDO – SENTENÇA MANTIDA.(2ª. Turma Recursal de Manaus).

DO DANO MORAL



Inegável, outrossim, que com o ilícito praticado pela Requerida adveio resultado danoso ao Autor, consistente em sofrimento, angústia e humilhação, pois que no momento em que suportava gastos inesperados, foi enganado pela Requerida, que lhe indenizou com quantia menor do que a legalmente estipulada, tirando proveito do abalo psicológico que lhe dominava.

As conceituadas considerações são confirmadas e ratificadas nas jurisprudências de decisões de nossos Egrégios Tribunais de Justiça, como esta:

“INDENIZAÇÃO - Responsabilidade civil. Ato ilícito. Dano moral. Verba devida. Irrelevância de que esteja, ou não, associado ao dano patrimonial. Art. 5º, X, da CF. Arbitramento determinado. Art. 1.533 do CC. Recurso provido para esse fim. (TJSP - Ac 170.376-1 - 2ª C - Rel. Des. Cezar Peluso - J. 29.09.92) (RJTJESP 142/95)”.

Como se pode observar no caso em pauta, não se trata o dano moral ora requerido, a mera recusa ao pagamento da indenização em sua totalidade, mas sim, da dor, humilhação e angústia sentida pelo requerente em ter seu direito violado, principalmente pela profunda necessidade em que se encontrava e ainda se encontra o requerente.

Sendo assim, impõe-se a condenação também em reparar o abalo moral a que deu causa, mediante prestação pecuniária visando tanto compensar o Demandante, quanto punir a Demandada, inibindo assim, futuras espertezas da seguradora.

DO PEDIDO

Isso posto, requer-se:

- a) A citação da Requerida, em festejo à celeridade, pelo Tel. (21) 3861-4600, ou ainda, no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, para que querendo, responda aos termos desta ação, no prazo legal, sob as penalidades legais;
- b) Seja julgado PROCEDENTE este pleito, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**, acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E,



incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação em razão do pagamento a menor do DPVAT;

- c) Seja a Ré CONDENADA a pagar indenização pelos danos morais suportados, mediante quantia a ser arbitrada por Vossa Excelência, por ser medida de respeito ao ordenamento jurídico e de JUSTIÇA;
- d) Os benefícios da justiça gratuita, em conformidade com as Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com redação que lhe deu a Lei nº 7.510/86, tendo em vista ser o Autor pobre na acepção do termo, conforme declaração de pobreza em anexo;
- e) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios de sucumbência.

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**.

Termos em que,

P. E. Deferimento.

Boa Vista /RR, 03 de Junho de 2015.

(Assinado Eletronicamente)
EDSON SILVA SANTIAGO
OAB/RR Nº 619

(Assinado Eletronicamente)
WALDECIR SOUZA CALDAS JUNIOR
OAB/RR Nº 957