

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:
2315282020190425153332

Processo 0810669-72.2019.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

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

Realces

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

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

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor de Justiça ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	9	25/04/2019 15:33:32	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	Procurador
		Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2587948CONTESTACAO01.PDF Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2587948CONTESTACAOAnexo01.PDF Público
9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	10/04/2019 08:41:07	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
		Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 10/04/2019 referente ao evento de expedição seq. 7.	Procurador
	7	09/04/2019 13:48:21	PAULO RICARDO SOUSA
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	CAVALCANTE
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	Analista Judiciário
	6	09/04/2019 09:41:32	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO
		CONCEDIDO O PEDIDO	Magistrado
5	05/04/2019 15:09:00	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	05/04/2019 15:09:00	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	05/04/2019 15:09:00	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	05/04/2019 15:09:00	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO	SISTEMA CNJ
		6ª Vara Cível	
	1	05/04/2019 15:08:57	Marco Antonio Salviato
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Fernandes Neves
			Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08106697220198230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NERISON DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/04/2018**, restando permanentemente inválida.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro

Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai 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, a saber:

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Sua busca por placa: NAL3894 UF: RR CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2017	R\$185,50	Quitado	

Data Pagamento

Valor Pago

06/01/2017

R\$185,50

2016	R\$292,01	Quitado	
2015	R\$292,01	Quitado	
2014	R\$292,01	Quitado	
2013	R\$292,01	Quitado	
2012	R\$279,27	Quitado	
2011	R\$279,27	Quitado	
2010	R\$259,04	Quitado	
2009	R\$259,04	Quitado	
2008	R\$255,13	Quitado	
2007	R\$184,21	Quitado	

(*) Motocicleta

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Recomeço Perguntas Frequentes Chat Portal da Integridade Ouvidoria Canal de Denúncias Blog

A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício

UF

Final da Placa

Categoria(Saiba mais)

Pagamento

2017

RR

4

9

À vista

Consultar

O prêmio do Seguro DPVAT será pago integralmente no vencimento da COTA ÚNICA ou da primeira parcela do IPVA, ou juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual, no caso de veículos isentos do IPVA, conforme disposto nas [Resoluções CNSP 332/2015](#) e [CNSP 342/2016](#), e na Portaria Interministerial 293/2012.

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
4	31/05/2017	NÃO	31/03/2017	31/03/2017

RR: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2017

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

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.

Conforme antedito, 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.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

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.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ, para apuração do *quantum*.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁷ art. 1º. (...)

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

CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **SIVIRINO PAULI**, inscrito sob o nº **101-B - OAB/RR**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de abril de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **NERISON DOS SANTOS SILVA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08106697220198230010.

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 002.443.292-06 Nome completo da vítima: Nerison dos Santos Silva

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

Nome completo: Nerison dos Santos Silva CPF: 002.443.292-06
Profissão: _____ Endereço: Rua Rio Negro Número: 425 Complemento: _____
Bairro: Jardim Bela Vista Cidade: Bela Vista Estado: RR CEP: 69.316-112
E-mail: ibcirr@hotmail.com Tel.(DDD): (95)99125-9538

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

RENTA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 2084 CONTA: 15273
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Bela Vista-RR 23/10/2018
Nome: Nerison dos Santos Silva
CPF: 002.443.292-06

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 018175/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/04/2018 09:49 Data/Hora Fim: 30/04/2018 10:05
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP-PM/RR Nº 808617 Data: 30/04/2018
Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 30/04/2018 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Ralar do Sol

Logradouro: RUA BRILHO DO SOL COM ESTRELA DO SUL

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: Acidente Com Lesões	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NERISON DOS SANTOS SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 33

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 246794

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA RIO NEGRO

Nº: 425

Bairro: BELA VISTA

Nome Civil: JOSE DE ANCHIETA COSTA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 50

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 174445

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: ESTRELA DO SUL

Nº: 446

Bairro: Ralar do Sol

Razão Social: ROP-PM/RR Nº 808617 (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Polícia Militar do Estado de

Endereço

Município: Boa Vista - RR

31 DEZ. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 018175/2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a):

Foi apresentado o relatório ROP-PM/RR Nº 808617, que narra o sinistro entre os veículos FIAT STRADA PLACA NAP 2998 (JOSÉ) e a HONDA XR 205 PLACA NAL 3894 (NERISON); Que no referido acidente, o condutor sofreu várias lesões e foi encaminhado ao Pronto socorro do HGR, pelo resgate do CBM, que os veículos envolvidos, foram liberados no local, de acordo com os procedimentos em vigor.

ASSINATURAS

Reginaldo Messias de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

ROP-PM/RR Nº 808617
(Comunicante)

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



31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – DAT

“Amazônia: Patrimônio dos brasileiros”



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 018175/2018/ PLANTÃO CENTRAL**

O Sr.º

NOME: NERISON DOS SANTOS SILVA

RG : 246794 SSP/RR

SEXO: MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1985

TELEFONE: 95-99122-4141

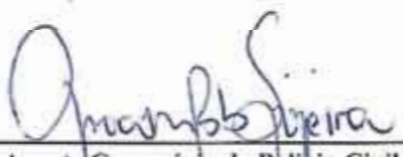
ENDEREÇO: RUA – Z 03 54

BAIRRO: SILVIO LEITE

O comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado os Dados do Veículo e o nome do Proprietário.

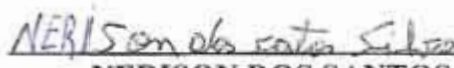
- HONDA/XR 250 TORNADO
- COR – PRETA
- PLACA – NAL – 3894
- ANO 2005/2005
- CHASSI 9C2MD34005R010095
- RENAVAM 00853175446
- NERISON DOS SANTOS SILVA (PROPRIETÁRIO)





Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 18 de Outubro de 2018.



NERISON DOS SANTOS SILVA
Comunicante

31 DEZ. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 a 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.

Declaro 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

106-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA COREN-RR 001.058.491-TE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800943497		30/04/2018 08:01:55		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		3	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS	
NERISON DOS SANTOS SILVA				20/07/1985		32 A 9 M 10 D		705406408867598	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		CPF	
IDENTIDADE NÃO		M		SOLTEIRO(A) PARD		ALTAMIRA - PA		00244329206	
Mãe		M		Pal		Contato		00091883	
MARIA DE LOURDES BISPO DOS SANTOS				DOMINGOS CARVALHO SILVA		(95) 99122-4141			
Endereço				Ocupação					
RUA - RIO NEGRO - 378 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Pressão	
GRANDE TRAUMA		RESGATE				DANIEL VIANA			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
com Acidente de MOTO politrauma, com lesões superficiais de pele.									
Exame Físico									
pele ☉, olhos ☉, nariz ☉, boca ☉, membros ☉ nada dor cervical no tórax de ilos color ABM: indolor à palpação glóbulos 15-14									
Hipótese Diagnóstica									
Politrauma.									
SADT - Exames Complementares									
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS									
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO				
1) SF 0.9% 1.000ml 2) H₂O 100ml 3) Analgésico 200mg (ED) 4x 4) Antibiótico 2g (ED) 4x 5) Dip. com ef. (ED) 4x 6) Filtros 40.ug (ED) 4x leptiraxone 2g (ED)					OBSERVAÇÃO				
					8:40 Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trânsito CRM-RR 695				
Condução					Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____				
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para:					☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação				
óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica									

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

APRAZAMENTO
Certifico e compro que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

8:40

Max Souto Maior

Ortopedia e Traumatologia

Medicina do Trânsito

CRM-RR 695

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 30/04/2018 08:04:05

Márcio F. R.

Médico

CRM/RR 1618



1800943497

Pneulogia

31 DEZ. 2018



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1996339

MARIA DE FATIMA DA SILVA VICENTE

R. RIO NEGRO, 425,

JARDIM BELA VISTA

69316112 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1308980	12/2018	17-NOV-18 a 17-DEC-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
147	06-JAN-19	R\$ 151,28

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1308980	12/2018	R\$ 151,28

836700000018.512800750005.000000001305.898012180052



31 DEZ. 2018

BOA VISTA ENERGIA S.A.

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691

CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

Atendimento: 08007019120 www.eletrorbrasroraima.com

Ouvidoria: 03000951152 (07h30min às 17h00min)

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único
0109029-1

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - 14.04.18										
Relatório de Dados de Consumo - 2018 - 09/2018										
Emissão	Data Leitura Anterior		Data Leitura Atual		Data Próxima Leitura		Dias de Consumo		Apresentação	Mês Faturado
21/09/2018	27/08/2018		24/09/2018		25/10/2018		28		24/09/2018	09/2018
Cod. Fat.	Classe/Subclasse		Ligação		Poste		Forma Faturamento		Motivo FD	Número FD
1.1.1.2	Residencial Normal		Bifásica		N 15 19 404		Normal			
	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior		Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado		
Consumo	2207345	51985	51748		1,00000	5	237	237		

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
08/2018	277	TUSD (*)	Consumo 237 kWh a 0,574560	0,456770	136,17
07/2018	150	TE (*)	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		30,66
06/2018	201	Transmissão	Correção Monetária Da Il. Publica 07/2018-00		0,20
05/2018	205	Encargos	Correção Monetária Igpm 07/2018-00		0,89
04/2018	255	Tributos	Multa Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,93
03/2018	282		Juros De Mora Por Atraso De Il. Publica 07/2018-00		0,16
02/2018	280		Multa Por Atraso 07/2018-00		1,80
01/2018	207		Juros De Mora De Importe / Serviços 07/2018-00		0,48
12/2017	183				
11/2017	155				
10/2017	142				
09/2017	124				
Média		Pis - 0,84			
12 meses	205	Cofins - 3,92			

Indicadores de Continuidade: 07/2018					Conta em Débito			
Obj.	14 - FLORESTA	ELSD	R\$ 33,39		Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	08/2018	0	11/09/2018	192,70
DIC	8,85	3,49	17,70	35,40				
FIC	8,46	13,00	16,92	33,84				
DMIC	4,82	0,44	4,82	4,82				
								Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 192,70

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Caso haja cobrança de serviços de terceiros em sua fatura (LBV) poderá ser cancelada em nossos

=> canais de atendimento.

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
136,17	17,00	23,14	11/10/2018	R\$ 171,29

Reservado ao Fisco

05D2.4B33.50F9.09DE.DA2B.49E7.75AE.BE21

FaturaEnergiaV9.0718022018



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Ilair Trício de Souza inscrito (a) no CPF 303.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Nerison dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.443.292 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Nerison dos Santos Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.443.292 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número	<u>1832</u>	Complemento
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
Email	<u>ilairr@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>(95)98125-9538</u>	

Boa Vista 28 de Dezembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

106-2

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA COREN-RR 001.058.491-TE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800943497		30/04/2018 08:01:55		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		3	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS	
NERISON DOS SANTOS SILVA				20/07/1985		32 A 9 M 10 D		705406408867598	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		CPF	
IDENTIDADE NÃO		M		SOLTEIRO(A) PARD		ALTAMIRA - PA		00244329206	
Mãe		INFORMOU		Pal		Contato		00091883	
MARIA DE LOURDES BISPO DOS SANTOS				DOMINGOS CARVALHO SILVA		(95) 99122-4141			
Endereço				Ocupação					
RUA - RIO NEGRO - 378 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR									
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:		Pressão	
GRANDE TRAUMA		RESGATE				DANIEL VIANA			
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)									
com Acidente de Moto politrauma, com lesões superficiais de pele.									
Exame Físico									
pele ☉, olhos ☉, nariz ☉, boca ☉, membros ☉ nada dor cervical nem febre de ilco color ABM: indolor à palpação glaxo 15-14									
Hipótese Diagnóstica									
Politrauma.									
SADT - Exames Complementares									
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS									
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO				
1) SF 0.9% 1.000ml 2) H₂O 1.000ml 3) Analgésico 200mg (ED) 4x 4) Antibiótico 2g (ED) 4x 5) Dip. com ef. (ED) 4x 6) Fito 40mg (ED) 4x leptiraxone 2g (ED)					OBSERVAÇÃO				
					8:40 Max Souto Maior Ortopedia e Traumatologia Medicina do Trânsito CRM-RR 695				
Condução					Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____				
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para:					☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação				
óbito									
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica									

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

APRAZAMENTO
Certifico e compro que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

8:40

Max Souto Maior

Ortopedia e Traumatologia

Medicina do Trânsito

CRM-RR 695

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.viana
Data Hora: 30/04/2018 08:04:05

Márcio Freire
Médico
CRM/RR 1618



1800943497

Pneulogia

31 DEZ. 2018

31 DEZ. 2018

Wrote acute
mobility glw 15
Pain factor report of pain
Especially, more than
fracture of ribs distal
to Esquerd.

Dr. Tatu Campes

29/05 Paciente com fraturas
múltiplas (braço, perna, punho)
Sente dor no momento.
Acomp. da esposa Rosemeir

Dr. Roberto C. Echeverría Jr.
Médico
CRM-RR 4906

Gilcélia Parente
Paciente
CRP 20104699

Agravado: <u>ATG</u>
Nº Not: <u>238642</u>
Data: <u>9/15/18</u>
<u>Ubir</u> Notificador

NUCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA
NHE - HGR



31 DEZ. 2018

Wrote acute
mobility glw 15
Pain factor report of pain
Especially, more than
fracture of ribs distal
to Esquerd.

Dr. Tania Cruz

29/05 Paciente com fraturas
múltiplas (braço, perna, punho)
Sente dor no momento.
Acomp. da esposa Rosemeir

Dr. Roberto C. Echeverría Jr.
Médico
CRM-RR 4906

Gilcélia Parente
Paciente
CRP 20104699

Agravo: <u>ATG</u>	 NHE - HGR
Nº Not: <u>238642</u>	
Data: <u>9/15/18</u>	
<u>Ubir</u> Notificador	



Atto administrativo 106-C2

 SUS União da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Wagner da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

91883

70 | 5 | 4 | 0 | 6 | 4 | 0 | 8 | 9 | 6 | 7 | 5 | 9 | 8 |

20/07/1985

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria de Lourdes Bispo dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO

95991122414

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Rio Negro 378 Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente politraumatizado vítima de acidente de trânsito com Fx exposta de humero (E), Fx de Ulna (E)

18 - FATOR QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Traumatismo Cirurgico

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

RX + Ex. Físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Traumatismo Exposto de Fx humero (E) + Fx de Ulna (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traumatismo Cirurgico de Fx Exposta de humero (E) + Fx Ulna (E)

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAC. NA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

0408050519-5748
v299
0408050519-5748
31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

106-2

BOLETIM OPERATÓRIO

William da Silva Silva

Data: 30 / 04 / 18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Manoel Santo

1º AUXILIAR:

Dr. Paulo R2

2º AUXILIAR:

Dr. Manoel Santo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 000

INSTRUMENTADORA:

Dr. Fernando Rende
Médico
CRM-RR 007

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

30/04/2018

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

10/04/2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH

2. AA + CCF

3. LMC de nível um coxa (E) + Colocação de fixador externo

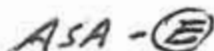
com auxílio do intensificador de imagem;

4. LMC de TO um dorso (E) + Redução Cuneiforme com auxílio
de intensificador de imagem + colocação de fixador externo;

5. Curativo

6. A RPA.

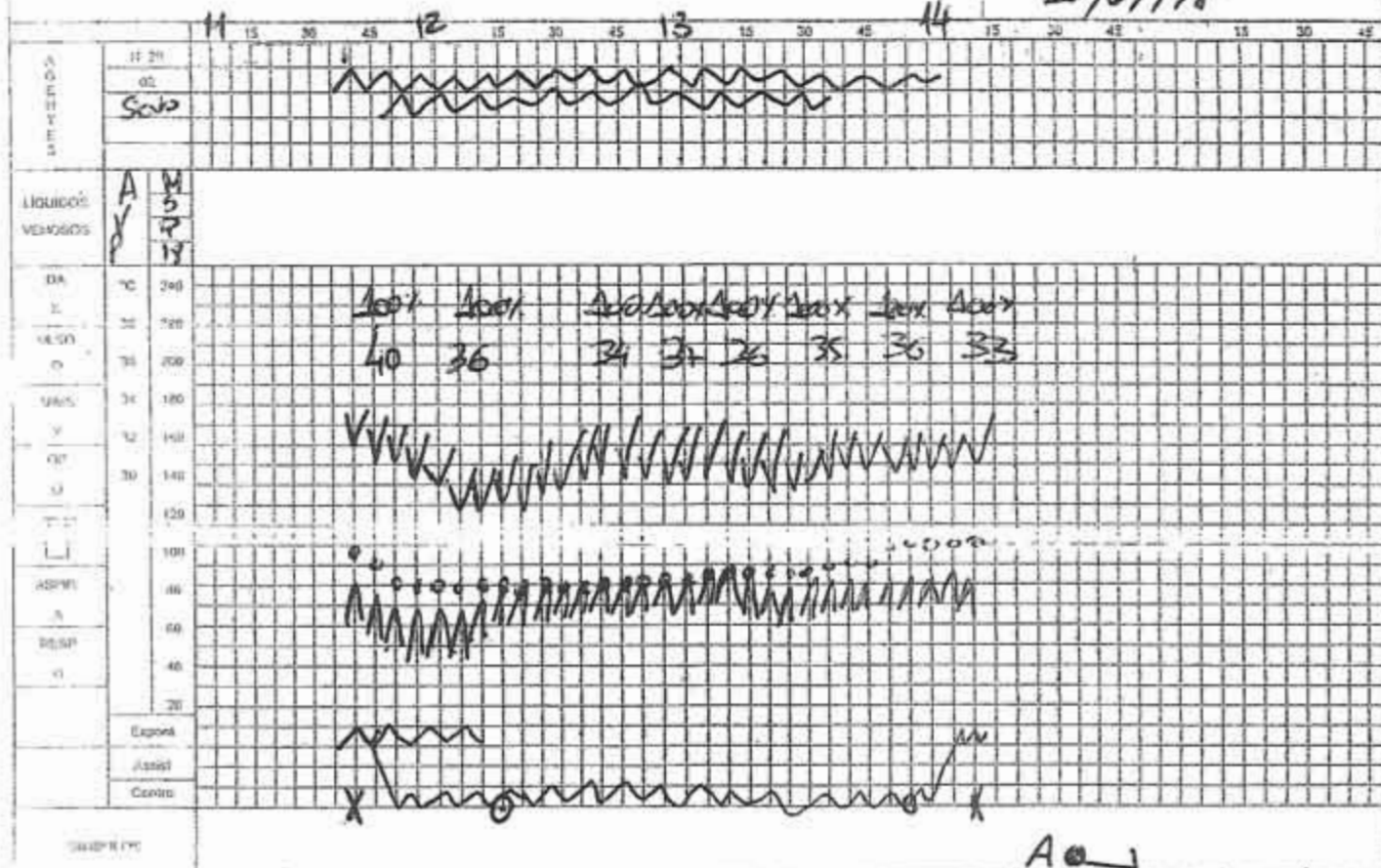
31 DEZ. 2018



FICHA DE ANESTESIA

Ben Visto

30/04/78



Stimulato
Succini C
Fantoni C
Roggerio
Dedecina 24
Mestizina
Ashopina

11mg Anestesia geral
70mg balanceada alop
30mg de a VHC em
40mg Asme fixado
70mg Cons observador
1.5mg de CO₂
0.5mg

AOL

* Monitorização do Apneico.

- 1) Propofol 0.25 mg/kg
- 2) Indução sequencial rápida com hidroalcoólico 70mg + fentanil 300 mcg + 2 Terbutal 2.5 Succinil 70mg
- 3) 10T com TOT 8.0 e cuff adaptado a VMC + SEVO.
- 4) Fentanil 100mcg + Rocuronio 50mg
- 5) Neostigmina 2.5 + atropina 0.75g.

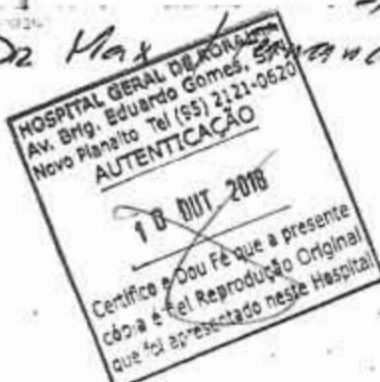
5F497

30. Craft
vào house.

2:30

Frederick extenuo firmus + imens

De Edino / Marcos R, Dr Max



6/ Exh'd. ad
RPA

31 DEZ. 2018

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	QUADRO PRONTUÁRIO	DATA	
Neilson dos Santos Silva		67		30	10/11/18
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura do fêmur E + unguinho E		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		12:00	14:07		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. Marc	ANESTESISTA:	Dr. Celina		
1ª AUXILIAR	Dr. Pablo	RES. ANESTESIA:	Dr. Marcos		
2ª AUXILIAR	Dr. Fernando	INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	Lili + Adailton		
TIPO DE ANESTESIA: Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:			
	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
10	PÓS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
10	PACOTES GAZE		10	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
10	PIVA ESTERIL 7.5			1000 SORO CLAMPADO	
10	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
10	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON N° 0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
10	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
10	LÂMINA BISTURIN N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
10	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
10	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
10	DRENO DE PENROSE N°		10	FIO SEDA N° Abadura de cravom	
10	ASPIRINIA 01ML			SURGICAL	
10	ASPIRINIA 03ML		1	CERA P/OSSE tubo endo traqueal	
10	ASPIRINIA 05ML		1	KIT CATARATA elthocl	
10	ASPIRINIA 10ML		1	GEORIAN equipo	
10	ASPIRINIA 20ML		1	BITA CARTIL elthocl	
10	ASPIRINIA 40ML		1	BITA DE Boudine	
		1 Subadiagina de prata 20g			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
FOLHA DE VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Bruno + Sueleny	SUB-TOTAL			
INSTRUMENTADOR (A)	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
	Lili + Adailton	TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
10/11/2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
M.G.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
Nelson Dos Santos Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
91883

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
71054064088675918

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/07/85

9 - SEXO
M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
Anna R. Loureides Baptista

11 - TELEFONE DE CONTATO
459191122441

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
Rua Rio Negro #378, Bela Vista

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Bela Vista

14 - COD. IGGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente o de 32 anos de idade, vítima de
fratura femur (E) + úmero (E) e fraturas múltiplas
nos membros de nro.
História - 041803 em 13
0408050519 - 5723
V299

18 - MOTIVOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
História Longa
0408060190 - 4866
0408060360 - 7892

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
História + Exame físico + Radiografia
Y838

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
Fratura Emposta femur (E) + Fratura Úmero (E) + Osteomielite em Úmero (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Cms. Kirsch externo femur + Osteossíntese femur e Úmero com placas e parafusos

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO (CNSICPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Kerley Cordeiro de Faria

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. Marcelo Loureides

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
11/05/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Marcelo Loureides 243

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CHAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () SUBSIDIÁRIO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DO DOCUMENTO (CNSICPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
17/12/18

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

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

11-5

Ortopedia

Nome: Verusson Santos Silva

Idade: 32 a.

D.N: 20/07/85

Hist: fratura Enquadr. femur (E) + fratura Umero (E) +
Osteomielite em Umero (E)

Intervenc: RMS fratura femur + Osteosintese femur em fixação
+ T.O. Osteomielite de Umero com Reposicionamento
Luzes: Dr. Marcelo Arruda
Dr. Wilson
Dr. Elder R3

Relatório Luzes

1. Luzes em 12.12.14
2. Antropometria e Isotopia
3. Luzes Enquadr.
4. Luzes Enquadr. Enquadr.
5. Luzes Enquadr. + Luzes de fratura Enquadr. com
Osmio de Intensificação de Imagens
6. Luzes de fratura Enquadr. em fratura de Umero + Luzes
de fratura de Enquadr. e de fratura de Umero
7. Luzes de Umero com Luzes de Umero e Luzes de Umero (que
foi retirado)
8. Luzes em Luz e Luz
9. R.P.A

Dr. Marcelo Arruda
Traumatologista / Ortopedista
CRM-PR 1243

31 DEZ. 2018



Richardson da Santos Silva 31a

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

44

Ben Vista - RR

SINCE

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	NOTAS
A. Ketalar	280 mg			Atenção: 5 min
B. Propofol	200 mg			Atenção: 5 min
C. Cisatracurium	8 mg			Atenção: 5 min
D.				
E.				
F.				
G.				
GLICOSE	LÍQUIDOS			
H2CO3				
SANGUE				
Gl. 9.1	4500			
	1500 ml			
TOTAL				
OPERAÇÃO				
Anestesia de Ketalar (E)				
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGO	PERÍCIA SANGÜÍNEA	
Dr. Anjo Paulo / Dr. Euzenil		Dr. Manoel Amador da Rosa	Comunidade	

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RR 1408

(K) per extrudate
circumferential p/

- (2) *Ephedra* 2g 10
- (3) *tonoxicum* 40 mg 10
- (4) *Roxo metosoma* 4 mg 10
- (5) *Dyspnea*
- (6) *Therapeutic* (15 mg +
stomach 17 mg)

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Associação Política dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Thomson da Silva 35a

11/05/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - MORA - EFEITO

11

Boa Visão - RK

AGENTES	M 20	15 30 45				15 30 45				15 30 45				15 30 45											
		02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02									
LÍQUIDOS VENOSOS																									
GL																									
MSD																									
O																									
AHS																									
Z																									
OP																									
O																									
TEMP																									
□																									
ASPR																									
A																									
RESP																									
O																									
Eupnol																									
Asist																									
Contro																									

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanyl 100mcg		16h com 70123	X- monitorização + checkagem de 1 por 1
B. Propofol 200mg		com 100% oxigênio	
C. Sufentanil 3ug		0.1mg/kg	
D.			
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Mão / Oro Faringe	
HDC		Mão / Oro Faringe - Cava	
SANGUE	50, 10, 17 1500ml	Suf - Tamp - Cava do Tubo	
		Sob Mascara	
		Dificuldade Técnica	
	1500ml	TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			

OPERAÇÃO	11h de cirurgia. Chite de Uneno (C)	Larange - Espasmo - Eructos Secos Dor de Cabeça - Náuseas - Vômito "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Anúria Brônco Espasmo - Choque
----------	-------------------------------------	---	--

ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGIA	PERDA SANGÜÍNEA
100mcg fentanyl		Dr. Marcelo Amida / An. D. 100mcg	100ml

Dra. Ana Thoma
Médica Anestesiologista
CRM/RR 1408

- (1) Fentanyl 100mcg
- (2) Propofol 200mg
- (3) Dexa 100mcg
- (4) Sufentanil 3ug
- (5) 1500ml
- (6) 0.75mg

31-DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
VERISSON DOS SANTOS SILVA		106-2			11 / 15 / 18	
CIRURGIA						
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO			
MS + OST. FRAT. FEMUR + Fixação externa M.S EL MIE			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			14:15	15:45		
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO			ANESTESISTA:		ANA PAULA	
DRº MARCELO A.			RES. ANESTESIA:		Drº Emanuel	
AUXILIAR			INSTRUMENTADOR			
DRº WALSON			CIRCULANTE			
AUXILIAR			CLAUDENIR + SOCORRINHA			
DRº ELDER			TEMPO DE DURAÇÃO:			
PO DE ANESTESIA: GERAL						
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml		
1	PACOTES GAZE		1	cateter de O2		
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº		
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 3.0		
1	LUVAS-P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURI Nº 15		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº		
			1	FIO CATGUT CROMADO Nº		

DE ENFERMAGEM
CIRÚRGICO/SRPA

31 DEZ. 2018

31 DEZ. 2018

TRANSOPERATÓRIO						SIPA	
Entrada no sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	
11:30	12:00	11:45					
Cirurgia Realizada <i>retirar PA e cateter E</i>			Anestesia <i>Cervic</i>		Posição Inicial <i>Dorsal</i>		
Hidratação Infusão de			Antibiótico Terapia		Hemodinâmica		
SF a 0,9%			Nome:		CH:		
SG a 10%			Dose:		Plasma:		
Outros:					Plaquetas:		
Nº de compressas oferecidas:					Anticóagulo Paciente:		
Nº de compressas recolhidas:					Anti-Não		
Sinais Vitais:					Nº perfus:		
T °C					() Cultura		
SatO ₂ %					() Outros:		
FC bpm							
PA mmHg							
1. Curativo 2. Sonda 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros							
Localização							
1h 1h30 2h 2h30 3h 3h30 4h 4h30 5h T P PA SPO2							

[illegible]

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO DA ANESTESIA

Paciente: Neilson dos Santos Silva
Idade: 51 anos

LOCAL: (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Anestésico
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento ☒ Sim ☐ Não

HECOTO CIRÚRGICO
☒ Aplicou ☒ Não se aplica

ALTO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não se aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
SOLICITADO

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

☒ ALERGENA DIFÍCIL: RISCO DE ASPIRAÇÃO
Sim e equipamento/assistência disponíveis

☒ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
Não

Situação: Gravidez avançada, adequado planejamento
Assinatura: Dr. Marcos Felipe Dantas
Data: 24-11-2019

Assinatura: _____
Data: 24-11-2019

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: D. Evellina + R. P. P. P.

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
quaisquer relações com a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim

Qual: _____
Data: _____

AS NECESSIDADES ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☐ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica

Assinatura e Carimbo: Bruma Brandão Costa
Data: 24-11-2019

Assinatura e Carimbo: _____
Data: _____

Alergia: AS
 Nome: Anderson de Sales Silva
 SESAU

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
 CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO TRANSOPERATÓRIO SRPA

Data: 31/05/2018 Reg: 31 Idade: 31

Urogel: 31 () Int: 1 () U.T. 1 () U.T. 2 () Outros:

Cirurgia Proposta: otite () Outros:

1. Informações: () Pré-anestésico () Atual () Intrateca () Banho () Sanguine () Alegria () Cardiopata () Exame () Smático () Outros:

Estado Emocional/Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: Normal

Sinais Vitais: bpm 98 mmHg 130 A 92 Regular 98 bpm

Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:

Legendas: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Injeção 6. Cateter 7. Vendicula 8. Dreno 9. SNG 10. Fala de Smarch 11. Outros:

Destino: SRPA () UTI () Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOP: NURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros MGR, DAD, Bette, D/mae

Cirurgia Realizada		Anestesia	SRPA	Sinais Vitais				
Realizada	Localização			T	P	PA	SPO2	
Urogel	ROSA + OST. FINT. COM. 1.5			1h	100	95		
				15'				
				30'				
				45'				
				2h				
				3h				
				1h30				
				2h				
				3h				
				2h				
				3h				
				4h				
				5h				

10018

Alta Adm. - 03106 a 30/06/18.

FAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Unidade de Saúde
Município de São Paulo

HGR
HGR

Nome do Paciente

Neuven, das Santos Silva

7 0 5 4 0 6 4 0 8 8 6 7 5 9 8

20/07/99

9 - Nº DO PRONTUÁRIO
91883

Maria da Lourdes Bispo das Santos
Rua Rio Negro - 378 - Bela Vista
Bela Vista

11 - TELEFONE DE CONTATO

R R

DECLARATIVA DA INTERNAÇÃO

Justiça Experta de Juízo e União (E)

Justiça Experta de Juízo

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
1.0 DIT 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospi

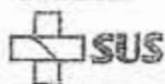
Justiça Experta de Juízo e União (E)

Justiça Experta de Juízo e União (E)
Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Geriatria e Gerontologia

01/05/18

0308010019-7026

31 DEZ. 2018



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

6 - Nº 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

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍDO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

até 17 7 31 DEZ. 2018

Y838



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

6 - Nº 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

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRÁFEGO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - CNES

47 - CPF

48 - Nº DO REGISTRO (CONSECO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

177

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Novena Santa S. da

Data: 17.07.13

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do fêmur (E) + Fratura do escáfio + L. do tal. do pé

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Utilização da fixação de placas + parafusos (A)

PO DE INTERVENÇÃO: Utilização de fixação de placa (E) + 1/4' externo parafuso (A)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ☒

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

Dr. Bruno F. Santos
CRM 1047
Médico de Especialidade
Ortopedia e Traumatologia

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Mantenegro

1º AUXILIAR: Dr. Bruno F. Santos

2º AUXILIAR: Dr. Elder R3

INSTRUMENTADORA: _____

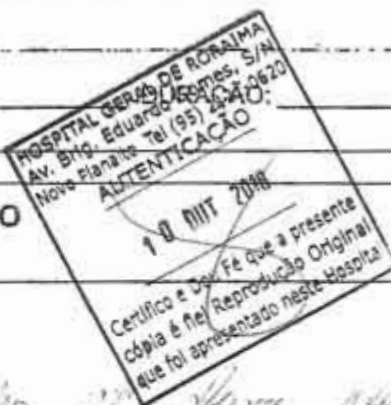
3º AUXILIAR: Dr. Marco Bruno R2

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____



RELATÓRIO CIRURGICO

1. RT. ADR + anestesia.

2. Cirurgia + Cirurgia + Cirurgia exten

3. Incisão longitudinal deltoide lateral, drenagem por sonda, drenagem
muscular, placa bloqueada de 7 parafusos + controle radiológico +
curativo + sutura por placa + curativo.

4. Incisão longitudinal em região externa medial do antebraço (D), drenagem por
sonda por 1 dia, placa bloqueada de 9 parafusos. E no mesmo
+ sutura + curativo

5. RT. ADR

Dr. Vitor Mantenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM 1047



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Laboratório de Anestesiologia

FICHA DE ANESTESIA

Verissimo dos Santos Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - VOLUME - ESPÉCIE

EF III.

17-07-18

AGENTES		LÍQUIDOS VENOSOS		DA		X		ULCO		D		AHES		R		OP		O		TCHT		ASPIR.		A		RECP		O	
1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20	1	20
2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20	2	20
3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20	3	20
4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20	4	20
5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20	5	20
6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20	6	20
7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20
8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20
9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20	9	20
10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20	10	20
11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20	11	20
12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20	12	20
13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20	13	20
14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20	14	20
15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20	15	20
16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20	16	20
17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20	17	20
18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20	18	20
19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Nitro 0,5%	50 mg	BLOQUEIO DO PLEXO BRACHIAL	X - ANESTESIA GERAL EM REGIM AXILAR (1)
B Lidocaina 2%	200 mg	ALGEBRA GUARDA POR VITAMIN	C/ALCOOL E SANGUE PERESTIMUL
C		VIA AXILAR	- INFLAMATÓRIA PLENO CLAMOR AXILAR (2)
D			CURA VITAMIN
E			- PUNÇÃO DO DUTO PLENO COM AGULHA N-20
F			- INJEÇÃO LIDOCAINA 2% (200 mg) +
G			ROXIDOL 0,5% (50 mg)
GLUCOSE	GLUCOSE	Cálculo - Mass / Oro Fefinget	(3) 1/5 SRA
IDCO		Mass / Oroloquest - Caga	
SANGUE		Est - Tamp - Calibr do Tubo	
SAS 0,9%	500 ml	Est - Mécans	
		Difundidade Térmica	
TOTAL	500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
DEFINIÇÃO			
ANESTESIA			
DESAFETIVA			

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

31 DEZ. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

União dos Santos Silva

17/07/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentonal 1mg / 500mg
Mefenolam 5mg

Nº

Bela Vista - RR

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
B		Fluoroscopia de Pleco	
C		Fluoroscopia com oxilina	
D		Fluoroscopia + AGB + TOT + 10mg	
E		+ VHA VEV + coplata	
F		100% + Sinteron	
G		Sinteron 100%	
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cálculo - Hash / Oro Faringes	
NOCD		Itaco / Oritropid - Cega	
SANGUE		Bal - Temp - Celbrs do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
ANESTESIA	100% + Sinteron	Fluoroscopia de Pleco	
DOSES	100% + Sinteron	Fluoroscopia com oxilina	
TÉCNICA	100% + Sinteron	Fluoroscopia + AGB + TOT + 10mg	
ANOTAÇÕES	100% + Sinteron	Fluoroscopia + AGB + TOT + 10mg	

ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA

31 DEZ. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de úmero (E) + artroscopia de punho (D)

Data: 17 / 07 / 18

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Nerison dos Santos Silva

Idade

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 02

Caixa: Grandes fragmentos bloqueado + Peg. frag. bloqueado

Circulante: Olyângela / Robson

Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

1 Placa bloqueada - 09 furos (Peg. frag.)

1 1ª encaixe auto - resqueante n. 18

1 " " " " N° 26

1 " " " " N° 20

1 " " " " N° 24

1 " " " " N° 22

1 Placa bloqueada - 07 furos (Grandes frag.)

1 Paraf. bloqueado - 28

1 " Paraf. - 24

7 " " - 28

1 " " - 34

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



Médico Responsável

31 DEZ. 2018



D

0

NERISON DOS SANTOS

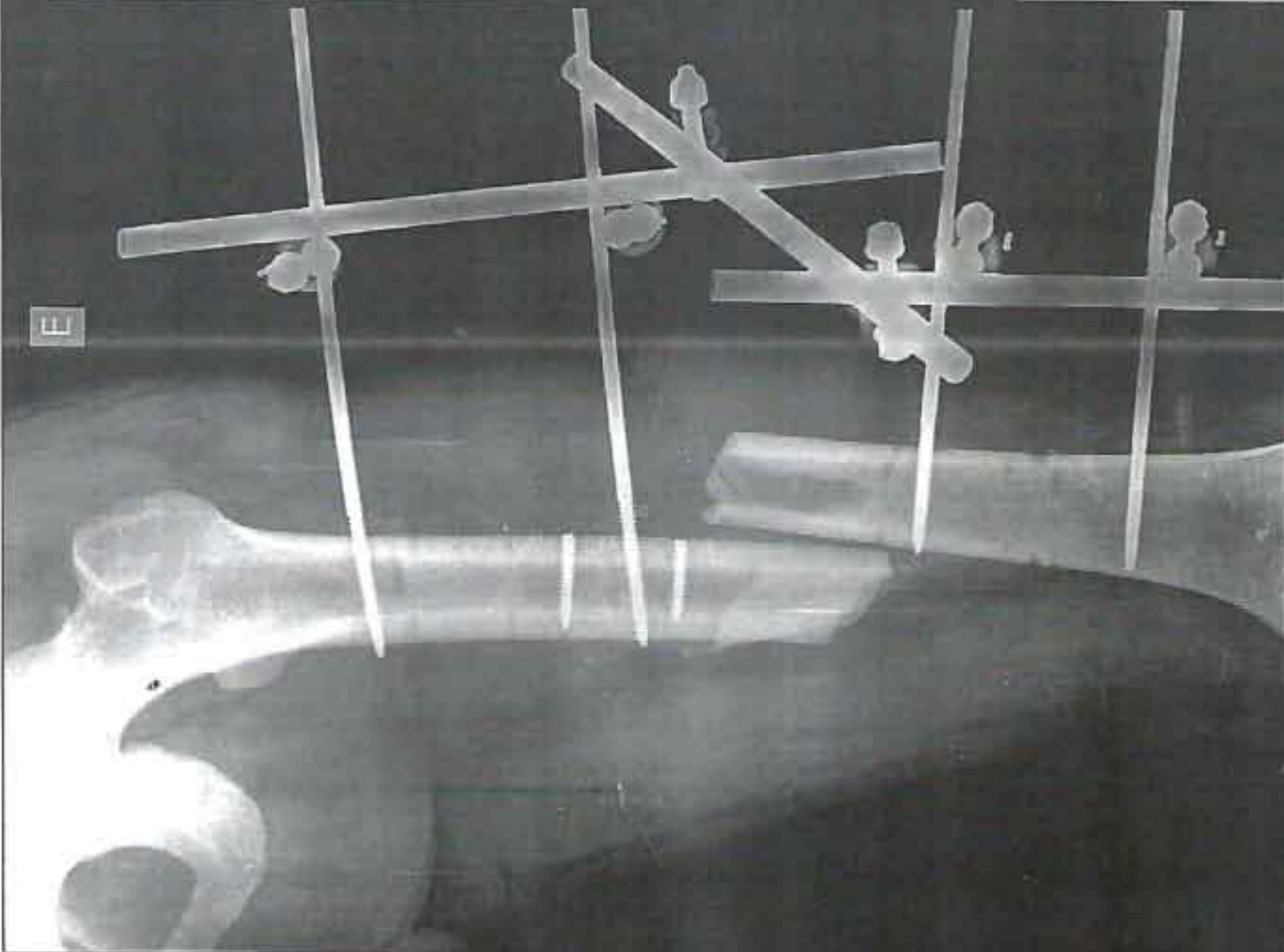
30/4/2018 06:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

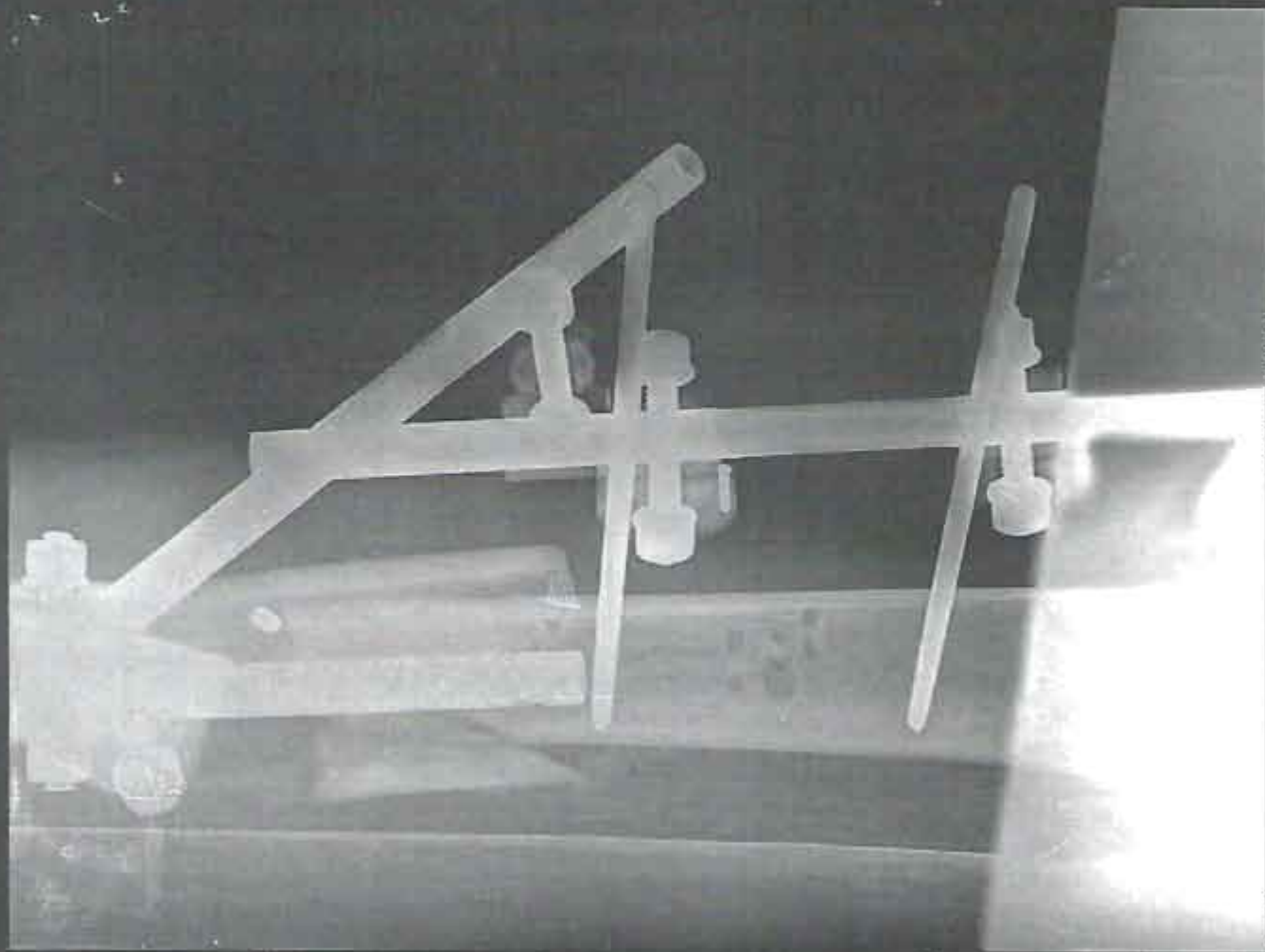
64,4 %

E



40,7 %

8/6/2018 11:24:14



55,5 %

8/6/2018 11:24:14

NERISON SANTOS DA SILVA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR RENA TA PAIVA ED FRANCILENE



E

NERISON DOS SANTOS SILVA

11/10/2018 14:10:40

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. NASCIMENTO /ED. ERINELSON

51,3 %



E

4

□

NERISON DOS SANTOS

30/4/2018 08:40:17

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON

84,4 %

E

44,0 %

, NERISSON SANTOS DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/5/2018 18:20:12

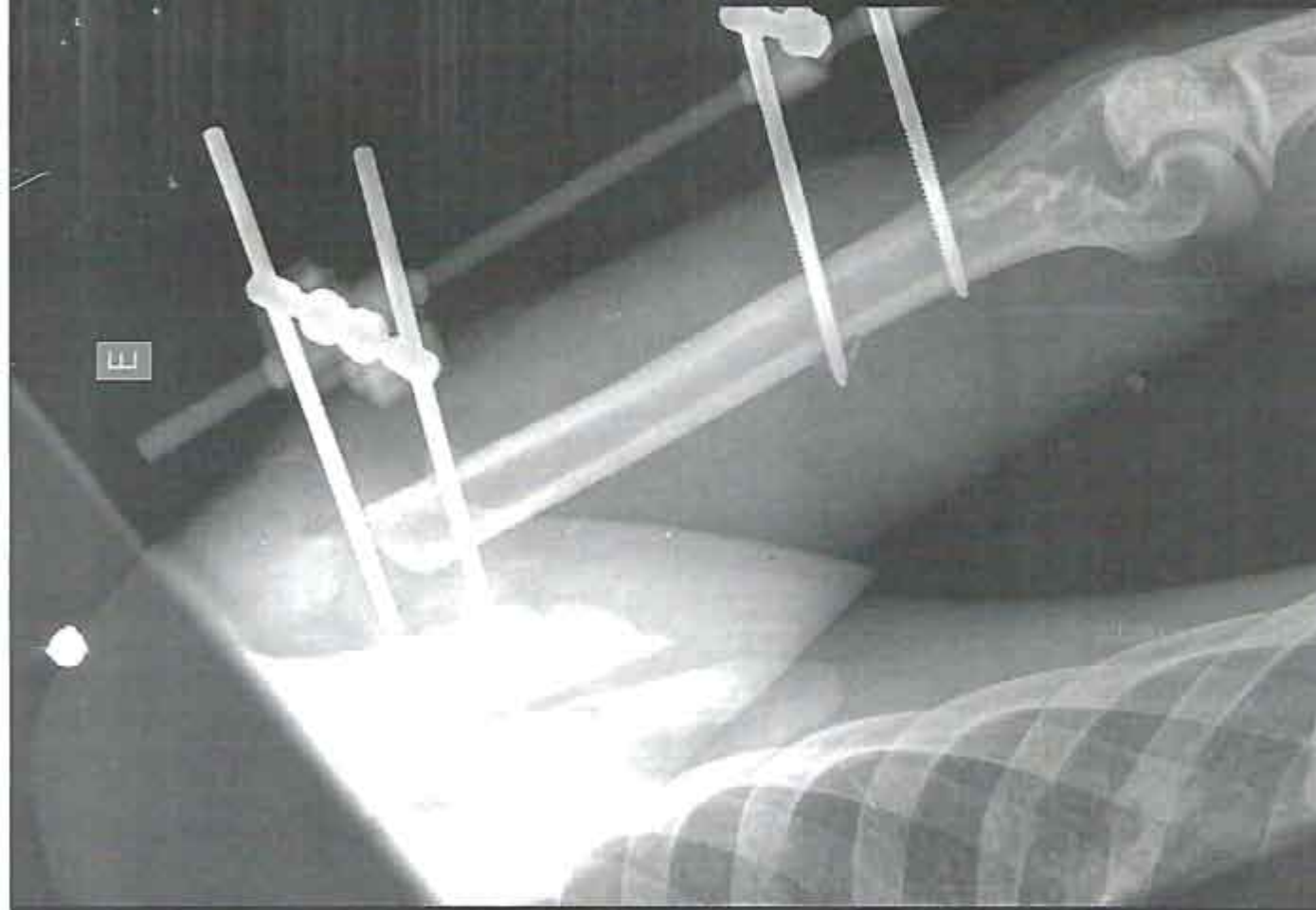
BLOCO A 106-2

R WECSLEY

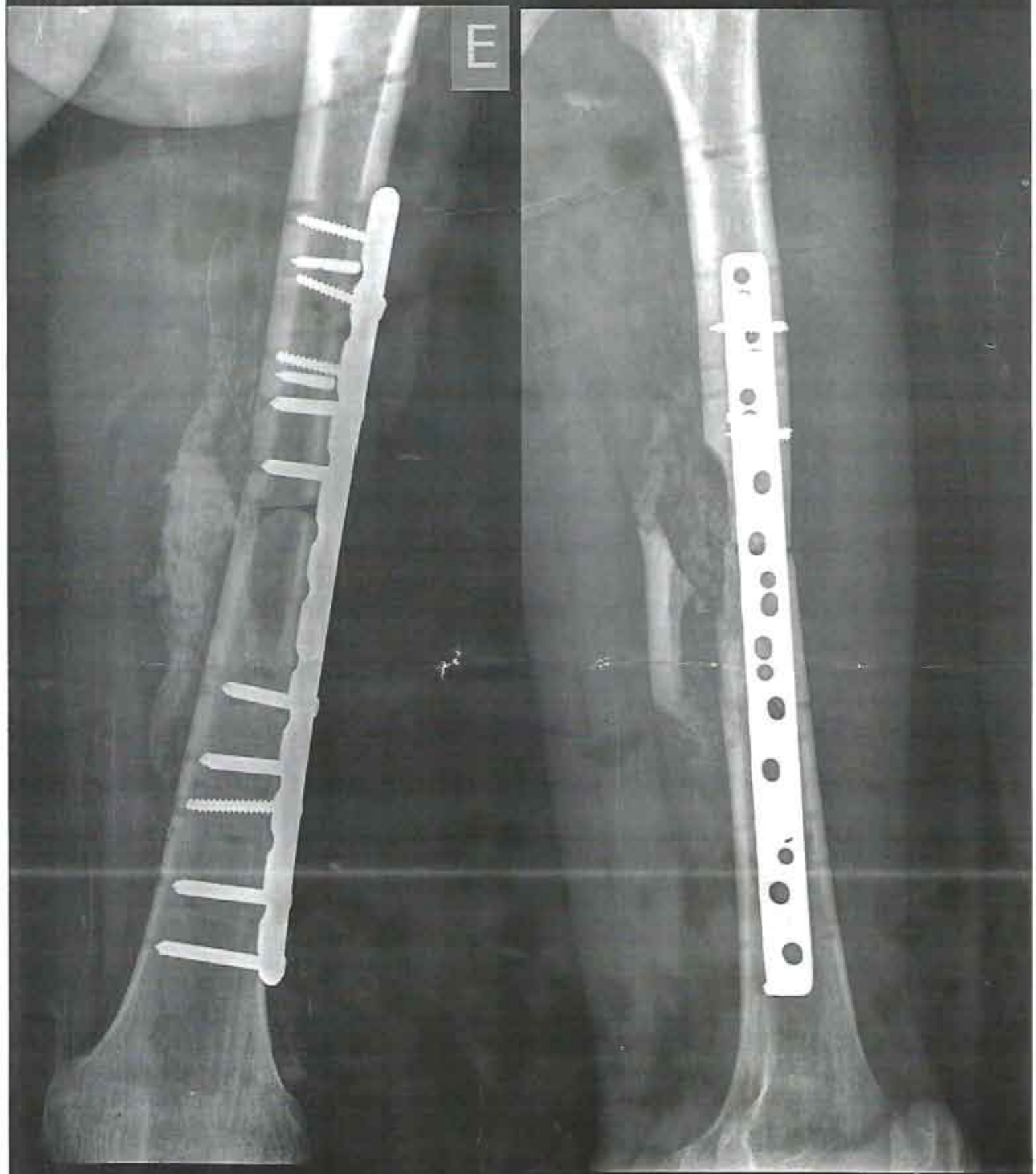
51,4 %

16/5/2018 18:20:12

E



E



49.9 %

2/7/2018 09:45:48

NERISSON SANTOS SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

50.1 %

2/7/2018 09:45:48

BLOCO/A L/106-2

TR. EDSON ED. ROSANGELA

E



NERISON DOS SANTOS SILVA

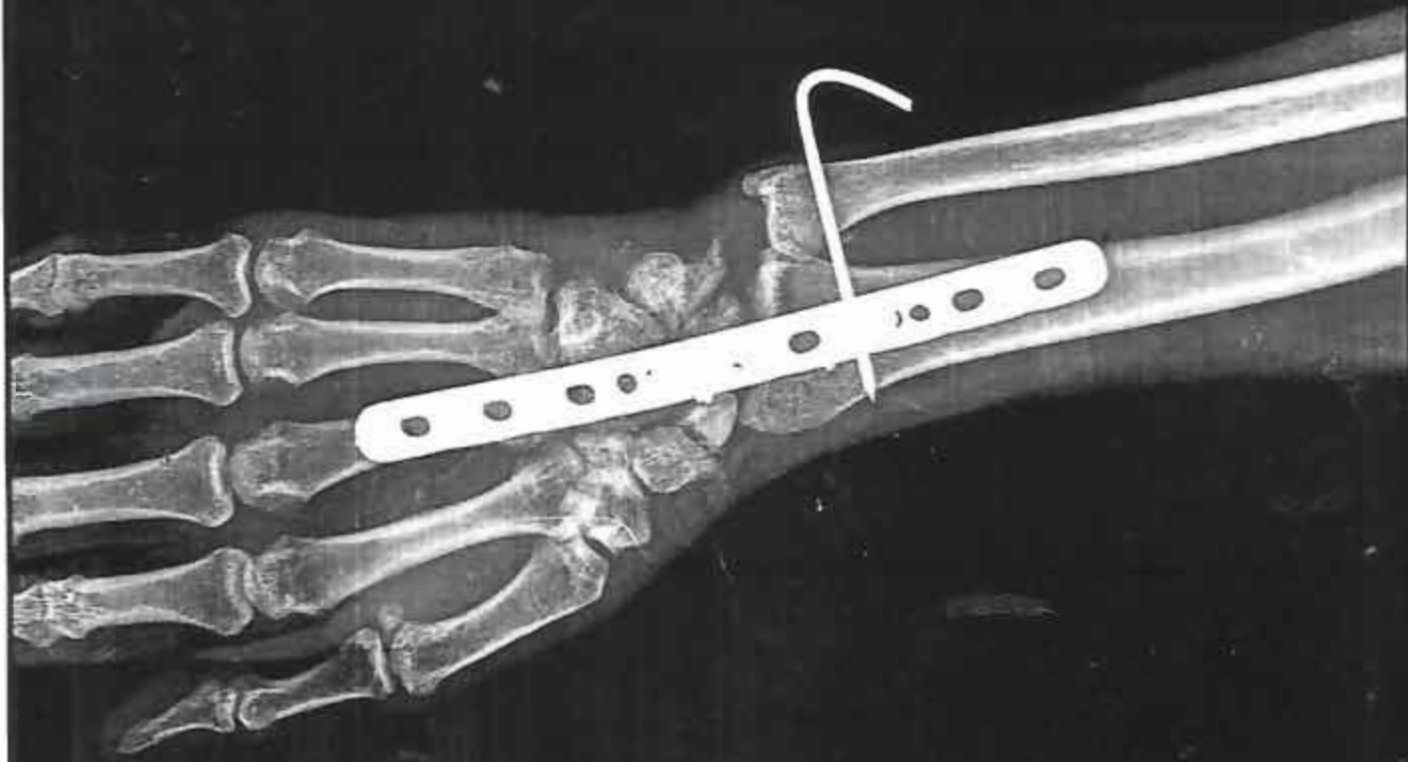
8963

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/08/2018

Cloudoaldo

77,7 %

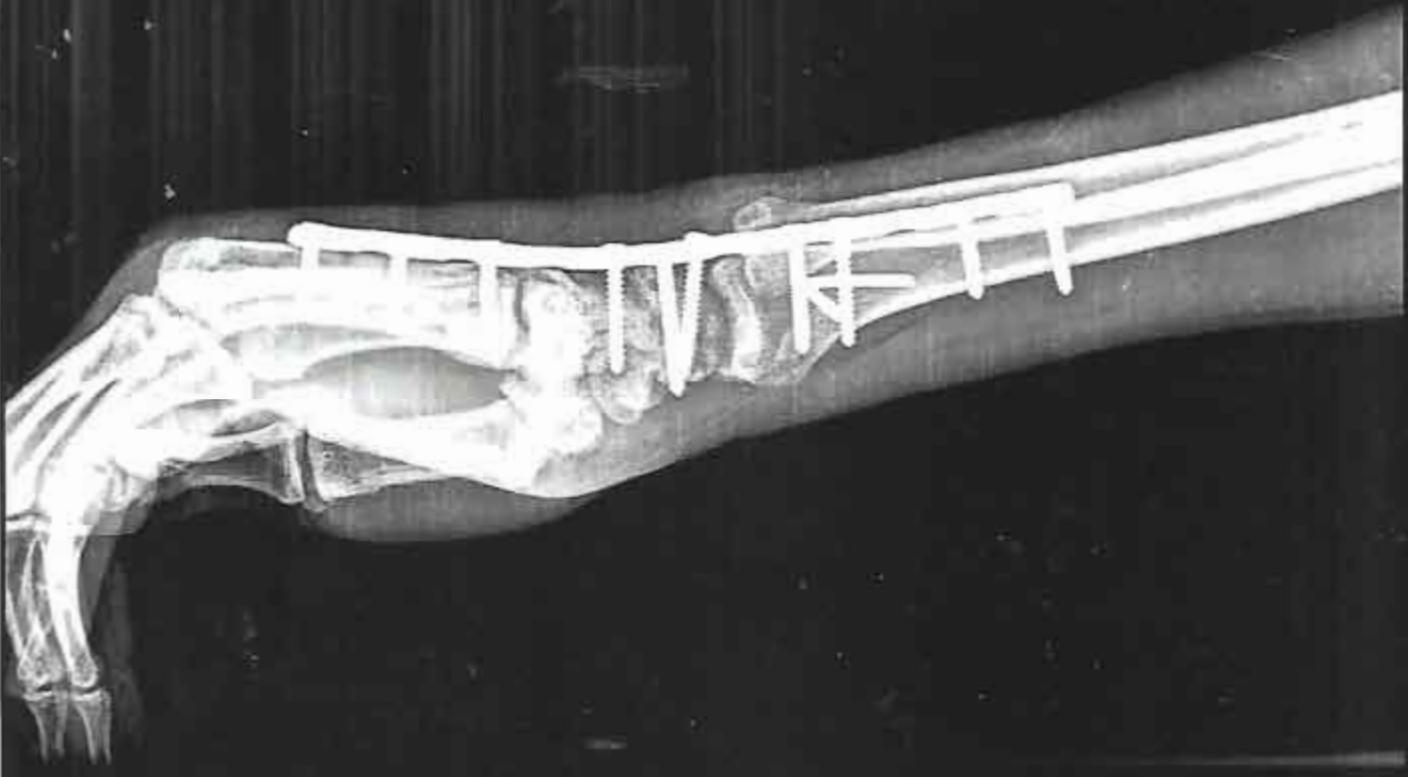


NERISON DOS SANTOS SILVA

8963

HOSPITAL CORONEL MOTA

06/08/2018



D

Cloudoaldo

65,5 %



E

3/10/2018 08:47:09

40,8 %



E

3/10/2018 08:47:09

37,7 %

BL/D 401-3

, NERISON DOS S. SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



Polegar Direito



NERISON DOS SANTOS SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

246794

21/07/2017

NERISON DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO

DOMINGOS CARVALHO SILVA

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

ALTAMIRA - PA

DATA DE NASCIMENTO

CERTID. NASC 1752 FLS V-38 LIV 3-A
PACAJÁ-PA

002.443.292-06

2ª VIA

AMADEU BOCHA TRIANI
Secretário de Estado da Segurança Pública
Chefe do DEID

DATA DE EMISSÃO

20/07/1985

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

002.443.292-06

Nome

NERISON DOS SANTOS SILVA

Nascimento

20/07/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

C70B.80F2.C534.851D

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:23:34 do dia 28/05/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
NERISON DOS SANTOS SILVA

DATA DE NASCIMENTO
20/07/1985

INSCRIÇÃO
0032 3377 2640

ZONA
005

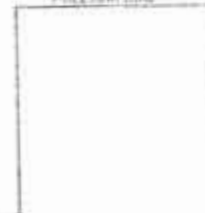
SEÇÃO
0401

MUNICÍPIO / UF
BOA VISTA/RR

DATA DE EMISSÃO
05/01/2018

Presidente do TRE-RR

POLEGAR DIREITO



NERISON DOS SANTOS SILVA

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

31 DEZ. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE - RG EMISSOR
114807 SSJ RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

JUSCELINO RUBITSCHER PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR - ROAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR
980151096

MINISTERIO DAS CIDADES

01	00853175946	EXERCÍCIO
----	-------------	-----------

— **PC00000000**

MOL3894

PLACA ANT/UF: DMSI
P02M034605K010095

EFFICIENT	CONCRETE
PAS/POTOCYCLE/MAD 6PLIX.	GR50LIM4

MARKA/MODELLO	ANNO FINE	ANNO INIZIO
HONDA/XR 250 TURBADO	2005	2005

CP/10/06	DATE/01/01/06	CONF/PRODOMINANT
2P/0249CC/	PARTICU	PRETA

[illegible]

PAID 17.62	PERCENTAGE OF TAB	3.333333333
ISENTD(+ OF 10 AUG8)		3.333333333

	KCF (R)	PRESTO TOTAL (R)	TARX DE PULVERIZAC
R40.7	R4185.3		06/01/2027

DISCLOSURES
DECEMBER 15, 2010

ANIMATO FROM THE LANCING MOUNTAIN
IN THE MOUNTAINS

DATA	17/10/2017
------	------------

RR № 015746302268

BILHETE DE SEGURO DPVAT

www.segundadividido.com.br
 0400 0000 022 1204

800 272 2727

RECEIVED
JAN 10 2017

01	002-443-292-06	PLAGS MIL 3874
----	----------------	-------------------

HENAN	MATICA / MODELO
00853175446	HOMPA/KR 250 YOKESADA

NOV 9 2005
CCT 9
762HD34005KOL009

—PILANO TAPIR-ARNO

Reel 29	Reel 30	Reel 31
---------	---------	---------

[illegible]

☐ COM DUCA	☐ INTELIGIDO	06/01/2017
-----------------------------------	-------------------------------------	------------

SEGURADORA LÍDER • PRIVAT

0897-6265(200101)0001-0001-00

0473 / 4410 / 0505

100

31 DEZ. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Werson dos Santos Silva
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	246794 SSP-PA
ENDEREÇO:	Rua Rio Negro, N° 425, Jardim: Bela Vista.

OUTORGADO

NOME:	Glória Tricácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114-807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio Pinheiro Galvão, N° 1532, Barão

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

Bela Vista, RR 23 de Julho de 2018

LOCAL E DATA



Werson dos Santos Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
 33886 365516561488
 Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
 1 WERSON DOS SANTOS SILVA

Em testemunho da verdade, SCLC
 De que sou fê, Bela Vista RR, 23 de julho de 2018.
 Consulte a(s) sen(s) abaixo em cidades portaissem.com.br
 REC FIR 156296VOZ7521CJ6A78N66 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos ISS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Daniel Aquino
 33.886
 Tania Oliveira de Aquino
 Escrevente Autorizada

31 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024625/19

Vítima: NERISON DOS SANTOS SILVA

CPF: 002.443.292-06

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/04/2018

Titular do CPF: NERISON DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

NERISON DOS SANTOS SILVA : 002.443.292-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2019
Nome: NERISON DOS SANTOS SILVA
CPF: 002.443.292-06

NERISON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA