

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**

4ª Vara Cível

**Processo 0810810-91.2019.8.23.0010****Comarca:** BOA VISTA**Data de Autuação:** 08/04/2019 **Situação:** Público**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Data Distribuição:** 08/04/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática**Parte(s) do Processo****Tipo:** Promovente**Nome:** WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**Data de Nascimento:** Não cadastrada **RG:** 358059-8 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 020.283.572-31**Advogado(s) da Parte**

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

**Tipo:** Promovido**Nome:** Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**Data de Nascimento:** Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04**Advogado(s) da Parte**

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 08/04/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Procuração
- Declaração de Hipossuficiência
- Documentação Pessoal
- Substabelecimento
- Comprovante de Residência
- Boletim de Ocorrência
- Documentação Médica Completa
- Pedido do Seguro DPVAT
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
- Autorização de Pagamento de Sinistro
- Declaração de Ausência de Laudo do IML
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
- Indeferimento de Pedido de Seguro DPVAT
- Tabela DPVAT
- Cálculo de Atualização Monetária



**MERITÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DA \_\_\_ª VARA CÍVEL  
RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA – RR**

**WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, nº. 131, CEP nº. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico [medeiroswellenmarcio@gmail.com](mailto:medeiroswellenmarcio@gmail.com), e do telefone (95) 3131-1887, vem, através de seus Advogados ao final assinado, apresentar a seguinte

### **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

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



## **I – DOS FATOS**

O Requerente, de acordo com cópia do Boletim de Ocorrência nº. 043215/2018, no dia 22 de julho de 2018, às 21h30min, se deslocava na Motocicleta Marca Honda, Modelo 150 Titan ESD, ano 2011/2011, placas NAN-7704, Cor Vermelha, Código RENAVAL 00322671094, Chassi 9C2KC1650BR506098, e parou no semáforo situado no cruzamento da Avenida Nazaré Filgueiras com a Avenida Ataíde Teive.

Assim, no momento em que o sinal do semáforo ficou verde, o Requerente avançou e acabou colidindo na traseira de um veículo Gol, imaginando que o referido automóvel avançaria também, tendo sofrido diversas lesões corporais e, posteriormente, resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para encaminhamento ao Hospital Geral de Roraima (HGR).

Deste modo, o Requerente foi atendido no HGR no mesmo dia, gerando-se a Ficha de Atendimento nº. 1800985133, na qual se constatou fratura do tendão da mão esquerda, permanecendo internado por 20 (vinte) dias e então submetido à cirurgia de religamento do tendão, ratificando o grau intenso da lesão.

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

Por fim, a Empresa Requerida ainda não realizou o pagamento do Seguro DPVAT, se sentindo a Requerente compelido a ingressar com a presente medida judicial, objetivando recebimento da importância do Seguro DPVAT.



## II – DO DIREITO

### II.1 – DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE JUSTIÇA GRATUITA

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

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

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

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

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



## II.2 – DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

[...]

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

Assim, considerando que o Requerente sofreu traumatismo em nível intenso na mão esquerda, ocasionando fratura de tendão nesta região, faz jus ao recebimento do valor de R\$ 7.087,50 (sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme a Tabela DPVAT e a seguinte jurisprudência:

AGRAVO INTERNO (ART. 1.021 DO CPC). AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA (DPVAT). SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO RECURSO DE APELAÇÃO DA DEMANDADA E NEGOU-LHE PROVIMENTO. RECURSO DA REQUERIDA. PRETENDIDO RECONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO



AUTORAL. ALEGADA NOTORIEDADE DA INVALIDEZ DECORRENTE DE AMPUTAÇÃO DE UM DOS DEDOS DA MÃO DIREITA. INSUBSISTÊNCIA. PRAZO TRIENAL (ART. 206, § 3º, IX, DO CÓDIGO CIVIL). CONTAGEM DO LAPSO PRESCRICIONAL APÓS A CIÊNCIA INEQUÍVOCA DA INVALIDEZ PELO SEGURADO. PERDA FUNCIONAL SOFRIDA PELA PARTE AUTORA, NA HIPÓTESE, DECORRENTE NÃO SOMENTE DA AMPUTAÇÃO, MAS TAMBÉM DE PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DA MÃO DIREITA EM RAZÃO DE OUTRAS LESÕES. CIÊNCIA INEQUÍVOCA DA INVALIDEZ SOMENTE APÓS A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL. EXEGESE DA SÚMULA 573 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. LAPSO PRESCRICIONAL NÃO EXAURIDO. REQUERIMENTO DE MANIFESTAÇÃO JUDICIAL PARA FINS DE PREQUESTIONAMENTO DE DISPOSITIVOS LEGAIS. DESCABIMENTO. PROVIDÊNCIA DE OFÍCIO. INSURGÊNCIA MANIFESTAMENTE DESPROPOSITADA. APLICAÇÃO DE MULTA CORRESPONDENTE A 5% (CINCO POR CENTO) DO VALOR ATUALIZADO DA CAUSA. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. DECISÃO MANTIDA. (TJ-SC - AGT: 03012595620158240011 Brusque 0301259-56.2015.8.24.0011, Relator: Denise Volpato, Data de Julgamento: 19/03/2019, Sexta Câmara de Direito Civil)

Assim, é entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP:

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

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

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



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

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

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

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

Portanto, de acordo com os fatos relatados, bem como conforme os artigos 3º, II, e 5º, § 7º, da Lei nº. 6.194/74, e as jurisprudências pertinentes ao recebimento do valor referente ao Seguro DPVAT com a devida correção monetária, o Requerente faz jus ao valor de **R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos)**.





### III – DO PEDIDO

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

- a) Citação da Seguradora Requerida ao comparecimento das audiências de Conciliação, Instrução e Julgamento, conforme o artigo 75, VIII, do CPC, para, querendo, contestar os termos da presente ação no prazo legal, advertindo-se que os fatos articulados e não contrariados especificadamente serão considerados verdadeiros, aplicando-se então as penas de revelia e confissão;
- b) Concessão do direito à Justiça Gratuita, tendo em vista que o Requerente não está em condições de pagar custas processuais e demais encargos judiciais sem prejuízo próprio ou de sua família, conforme estabelece o artigo 5º, LXXIV, da CF/88, e o artigo 4º, da Lei nº. 1.060/50;
- c) Realização de perícia médica pertinente, avaliando-se o local e o grau da lesão sofrida pelo Requerente, e, posteriormente, ratificando ou corrigindo o valor calculado na exordial;
- d) Julgamento procedente da ação, condenando, deste modo, a Seguradora Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT na importância total de **R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos)**, bem como ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais, no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, conforme artigo 85, § 2º, do CPC.

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



Dá-se a causa o valor de R\$ 7.898,56 (sete mil oitocentos e noventa e oito reais e cinquenta e seis centavos).

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 08 de abril de 2019.

**ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**

Advogado OAB/RR nº. 1018-N

**ANDRÉ CARLOS ISRAEL**

Advogado OAB/RR nº. 2045-N



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, WELLEN MARCIO M. CIRQUEIRA PROFISSÃO: ESTUDANTE  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 3131-1887,  
E-MAIL: marcio.marcio@outlook.com RG: 358059  
SSP- RJ e CPF: 970.283.572-31, RESIDENTE A  
RUA: SÃO MATRUS N° 131,  
BAIRRO: CINTURÃO VERDE, representando o  
menor: \_\_\_\_\_ pelo

presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 03 de MARÇO de 2019.

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Outorgante

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

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: WELLEN MARCELO MATEUS CARQUEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: ESTUDANTE  
RG N° 358059 SSP/RR CPF: 020.283.572-31  
ENDEREÇO: RUA SAO MATEUS 131 CINTURAO VERDE

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 03 de MARÇO de 2019.

\* Wellen Marcelo Medeiros Diqueira



8121-3 2.414-7

paupanca



28 NOV. 2018

<h1>TRABALHADOR</h1>	
<p>Este é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, emitida pelo então Presidente Getúlio Vargas, por meio do Decreto nº 22.005 de 29.06.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto nº 3.332 de 03.05.1943 que aprovou a CLT. Ele é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os atos do Contrato de Trabalho, os direitos e obrigações dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantidos por lei. Sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de informações contido neste documento é o seu estado de saúde, seus direitos, suas obrigações e suas atividades profissionais.</p> <p>Para sua preservação, e para evitar extravios, a Carteira de Trabalho deve ser guardada com cuidado, pois ela é o seu registro de sua vida profissional e a garantia de preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, sendo válida também como documento de identificação.</p> <p>CONHEÇA-NOS COM RECURSOS DO IAT - FUNDO DE APOIO AO TRABALHADOR</p> <p>VISITE O PORTAL IAT: <a href="http://www.mte.gov.br">www.mte.gov.br</a></p>	
<div>  <div> <h2>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</h2> <h3>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</h3> </div> </div>	
<div> <div>             PLACARTE             <div>126.60228-66-5</div> </div> <div>             NÚMERO             <div>6259155</div> </div> <div>             SÉRIE             <div>0030</div> </div> <div>             OR             <div>RR</div> </div> </div>	
<div>             Assinatura do Titular             <div>  </div> </div>	
<div>             Assinatura do Titular             <div>  </div> </div>	
<div>             Assinatura do Titular             <div>  </div> </div>	



## SUBSTABELECIMENTO

Eu, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 1018-N, substabeleço a **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, advogado inscrito na OAB/RR sob o n.º 2045-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, n.º. 1718, Bairro Mecejana, CEP n.º. 69.304-010, situado no Município de Boa Vista/RR, os poderes que me foram outorgados por **WELLEN MÁRCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG n.º. 358.059, SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o n.º. 020.283.572-31, residente e domiciliado na Rua São Mateus, n.º. 131, CEP n.º. 69.312-371, Bairro Alvorada, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico [medeiroswellenmarcio@gmail.com](mailto:medeiroswellenmarcio@gmail.com), e do telefone (95) 3131-1887.

Boa Vista/RR, 03 de março de 2019.



**ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**

Advogado OAB/RR n.º 1018-N



NA MINHA OI  
É TUDO MAIS FÁCIL.

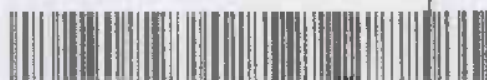
ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI  
E USE A INTERNET PARA:

- Fazer sua adesão à Conta Online
- Emitir 2ª via de conta
- Consultar o código de barras para pagamento
- Acompanhar o consumo
- Recarregar o Pré-pago
- Conferir seu saldo no Oi Pontos

ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E CADASTRE-SE.



CDD ASA BRANCA RR  
WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUERA  
S MATEUS 131  
CINTURAO VERDE  
69312-371 - BOA VISTA - RR



7213512820 27678 00004231089 30 0908 88



28 NOV. 2018

ANATEL - 1331

Serviço de Atendimento ao Consumidor:  
Fio ..... 003 31 para At. AM, AP, BA, CE, ES, MA, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RR, SC, SP e SE  
Fio ..... 003 14 para At. GO, MS, MT, NR, RO, RS, SC e TO  
Fio ..... 005 31  
Fio ..... 014 do 11-1057 de quaboo e  
Empresari ..... 0800 031 0800  
Corporativa ..... 0800 031 8031

Serviço de Atendimento ao Consumidor:

- ☐ 01. MUDOU-SE
- ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE
- ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO
- ☐ 04. FALCIDO
- ☐ 05. DESCONHECIDO
- ☐ 06. RECUSADO
- ☐ 07. AUSENTE
- ☐ 08. NÃO PROCURADO
- ☐ 09. OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GU)
- ☐ 12. CAIXA POSTAL CANCELADA
- ☐ 13. RECUSADO

MATRÍCULA

RUBRICA DO RESPONSÁVEL

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 043215/2018

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2018 21:58

Data/Hora Fim: 27/11/2018 22:04

Delegado de Polícia: Eliane Gonçalves

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 22/07/2018 21:30

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Logradouro: ATAIDE TEVE / S 4

Tipo do Local: Via Pública

**Natureza**

**Meio(s) Empregado(s)**

1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)**

Nacionalidade: Brasileira

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**Nome Civil: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA (VITIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 15/07/1995

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Eliane da Silva Medeiros

Nome do Pai: Jose Araujo Cirqueira

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 3580598

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.283.572-31

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua são mateus

Bairro: cinturão verde

Telefone: (95) 99131-1887 (Celular)

Nº: 131

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo Veículo**

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Placa** NAN7704

**Número do Chassi** \*\*\*\*\*06098

**Ano/Modelo Fabricação** 2011/2011

**Cor** Vermelha

**UF Veículo** Roraima

**Município Veículo** Boa Vista

**Marca/Modelo** HONDA/CG 150 TITAN ESD

**Modelo** HONDA/CG 150 TITAN ESD

**Veículo Adudderado?** Não

**Quantidade** 1 Unidade

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 043215/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira	Possuidor

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava conduzindo a motocicleta HONDA TITAN 150 MIX, de placa NAN7704, quando colidiu na traseira de um veículo GOL, de placa não identificada, de cor PRATA, e caiu ao chão, que sofreu lesões corporais, que foi removido pelo SAMU para o PSE/HGRR.

### ASSINATURAS

N/I *Jeovanildo Cardoso*

Jeovanildo Cardoso  
Responsável pelo Atendimento

*Wellen Marcio Medeiros Cirqueira*  
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que eu edgcm, conforme previsto nos Artigos 330-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA**  
**DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 022/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 08/01/2019.**

**COMUNICANTE: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

**RG: 358059-8 EXP.: SSP/RR CPF: 020.283.572-31**

**ENDEREÇO: RUA SÃO MATEUS, Nº 131, BAIRRO CINTURÃO VERDE**

**CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR**

**SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: ESTUDANTE**

**NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1995**

**IDADE: 23 ANOS GRAU DE INST: ENSINO MEDIO COMPLETO**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 33131-1887 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI**

**NOME DO PAI: JOSÉ ARAÚJO CIRQUEIRA**

**NOME DA MÃE: ELIENE DA SILVA MEDEIROS**

Senhor Delegado venho comunicar que por volta das 21h30min, 22/07/2018, na Avenida Ataíde Teive esquina com Avenida Nazaré Filgueiras, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta HONDA CG 150TITAN ESD, cor vermelha, placa NAN7704, renavam 00322671094, chassi 9C2KC1650BR506098, de propriedade de ANDERSON RAFAEL DE MELO DUARTE; QUE vinha na Ataíde Teive em direção Centro; QUE estava parado no sinal; QUE o sinal abriu porém o veículo que estava parado, VW GOL, cor prata, na sua frente não andou; QUE todos os veículos começaram a andar menos o GOL; QUE, na creça que o GOL aceleraria, o comunicante acelerou e acabou colidindo na traseira do GOL; QUE, com o impacto, sofreu fratura do tendão da mão esquerda; QUE foi levado para o HGR pelo SAMU; QUE o veículo GOL permaneceu no local; QUE não se recorda da PM ter ido ao local; QUE o declarante pagou o prejuízo do condutor do GOL; QUE ficou internado no hospital por cerca de 20 dias entre internações diversas e cancelamento de cirurgias; QUE realizou cirurgia de religamento do tendão da mão esquerda; QUE este B.O. é para fins do seguro DPVAT.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito Com Vítima.**

*Priscila Carneiro*  
**Priscila Carneiro**  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 042000912

**PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO**

Agente de Polícia

*Wellen Marcio Medeiros Cirqueira*  
**WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei agora, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO**  
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro  
Boa Vista - Roraima - Brasil



GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Wesley Marcelo Medeiros  
Osteopata

Laudo

Paciente operado de  
Extensor do Pulso @  
Atualmente em cura  
Jazou em  
leito há 60 dias

280818

DATA

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 400  
Assinatura digital

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Mota 636 - Centro - Boa Vista RR  
CEP: 69.301-160 - CAD: 44.013.408/0001-00



Guia de Atendimento 02 ...

4

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

1800985133 22/07/2018 22:34:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA  
Data Nascimento: 15/07/1995  
Idade: 23 A 0 M 7 D  
CNS: 15071995  
CPF: 15071995  
Prontuário: 15071995

Mãe: ELIANE DA SILVA MEDEIROS  
Endereço: RUA - ADAIL OLIVEIRA ROSA - 3411 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL

Quelbra Principal: Acidente de moto.

Anamnese de Enfermagem

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): 22:34:14  
Exame Físico: BHA AAA CH.F. S1 M33 Alteração

Hipótese Diagnóstica: TRAUMA

SADT - Exames Complementares  
( ) RAIO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO

Condição: ( ) Alta por Decisão Médica ( ) Alta a Pedido ( ) Alta a Revella ( ) Transferência para: ( ) Ambulatório ( ) Observação (Até 24h) ( ) Internação

óbito: Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marcelo.silva  
Data Hora: 22/07/2018 22:35:16

1800985133

F *alta 25/07*

<b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		2 - CNES	
		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>William Marco Medeiros C.</i>		8 - N° DO PRONTUÁRIO <i>166982</i>	
7 - CANTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Elisângela da Silva Medeiros</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD    N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Rua Adail Oliveira Rosa 3411</i>			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Brasília</i>		14 - CÓD. BOM MUNICÍPIO    15 - UF    16 - CEP	
		<i>000</i> <i>00000000</i> <i>00000</i>	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<i>Paciente com sintomas de</i>		<i>caso de síndrome renal</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		<i>Hipertensão</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		<i>Exame fun. renal</i>	
20 - TIPO DO DIAGNÓSTICO <i>Insuficiência renal crônica</i>		21 - CID-10    22 - CID-9    23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Transfusão de sangue</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
25 - CLÍNICA		26 - EQUIPO DO PROCEDIMENTO	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO    29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE	
30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE / ASSINANTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO    32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO REGISTRO DO CONSELHO	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		37 - N° DO BILHETE    38 - SÉRIE	
		39 - CNPJ EMPRESA    40 - CNAB DA EMPRESA    41 - CBOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO	
45 - DOCUMENTO    46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		<i>0308010019</i> <i>1012</i>	

Chopakis

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	Wilton M. de Aguiar						
DIAGNÓSTICO	Lesão Trauma						
ALERGIAS	23 anos	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	23	LEITO		DATA	24/02/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SN	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					manhã	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					18	
4	TILATIL 20mg 12/12hs					06	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cc (20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS					18 02 06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMMHG					Ratme	
14	CURATIVO DIÁRIO						
15	Insulina c.v. 600 U, 6/6 h (c.v.)					18 02 12	
16	Insulina c.v. 120 U, 12/12 h (c.v.)					06	
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Ao bloco para programação cirúrgica							
12/02/18 Realizada avaliação de enfermagem: Sinais vitais e dados a 6 meses anteriores conforme prescrição médica. Sinais vitais normais no momento. Taxa de 120 bpm							
16/02/18 Realizada avaliação de enfermagem: Sinais vitais e dados a 6 meses anteriores conforme prescrição médica. Sinais vitais normais no momento. Taxa de 120 bpm							
25.07 PA: 120 x 80 12h30 FE: 63 FR: 20							
16/02/18 Realizada avaliação de enfermagem: Sinais vitais e dados a 6 meses anteriores conforme prescrição médica. Sinais vitais normais no momento. Taxa de 120 bpm							
Márcia V.M. de Aguiar Enfermeira RQ 351.4							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FR	TEMP.	RESP	MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
12 H	130/80	85	36.1	19			
18 H	158/91	85	36.1	19			
24 H	130/80	78	36.1	19			
	145/105	72	36.1	19			
18/02/18 Realizada avaliação de enfermagem: Sinais vitais e dados a 6 meses anteriores conforme prescrição médica. Sinais vitais normais no momento. Taxa de 120 bpm							



# BLOCO D

☒ SUS ☐ Unico da Saúde ☐ Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME

Walter Florio Medeiros

6 - N° PRONTUÁRIO

166982

7 - IDENTIFICADORA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

21012101381419168131118191

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/95

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Elaine da Silva Medeiros

12 - ENDEREÇO URBANO, Nº, BAIRRO

Rua Adail Oliveira, Bora, 3411 - Equatorial

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bon Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - UF

16 - CEP

### 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Vitimas de PPB a leve  
Punko (E) com furoca  
da flexo excessiva

### 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

20 - DESCRIÇÃO

Tubo de tração

### 24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - CPF

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - NOME DO RESPONSÁVEL ANTE / ASSINANTE

Carla e A. Lins

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNPJ

43 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - EMPREGADO

46 - EMPREGADOR

47 - AUTÔNOMO

48 - INTERMITENTE

49 - PRECATORIO

50 - NÃO SEGURADO

51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

52 - CÓD. ENTIDADE EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - DOCUMENTO

55 - Nº DOCUMENTO (RECEBI) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - CNIS




57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12/01/11

0408060480  
5668

4104-2

	<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>			
	<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>			
	<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			

DATA DE ADMISSÃO	09/08/2018	DIH		DN	15/07/1995
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE **WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

AGNOSTIC **LESÃO TENDÃO EXTENSOR RADIAL**

ALERGIAS		HAS		DM2	
----------	--	-----	--	-----	--

IDADE	23	LEITO	404-2	DATA	13/08/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	
---	------------------	--

2	AVP	
---	-----	--

4	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
---	-----------------------	--

7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
---	---------------------------------	--

8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
---	-------------------------	--

9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
---	----------------------------	--

10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
----	--	--

11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
----	-------------------------------------	--

13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO	
----	---	--

14	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

15	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

20		
----	--	--

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

- #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	140/80	96	18	36,3
18 H	125/82	69	17	36,4
24 H				

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

07:13 h. medicado com, fenda SSVV - Rec. Elitidiel



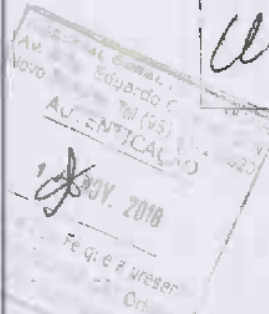
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

130818

O.S. \_\_\_\_\_



Wesley Horacio  
Medeiros

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Encontrar-se Ferimentos Múltiplos,  
Dorso Punk e Pto @

Lesão de Tendões Extensor Ulnar  
do Corpo Extensor Radial do Carpo  
e Parte do Extensor Comum  
Feita Reforço Múltiplo com Nylon 3/0  
fechamento x Pontos

Carla Brito da R.  
CRM-RR 556

Dr. Wesley Horacio  
Medeiros  
CRM-RR 556





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA






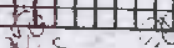
Walter Morais Medeiros Cirurgião 236

13/08/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

2

Nº Neja Alex J. ...  
Neja 4P...

AGENTES	H 20		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02													
LIQUIDOS VENOSOS	A	2	50											
	V	3	10-8											
	M	30												
DA	°C	240	100-110											
X	38	220												
ULSO	36	200												
ANES	34	180												
X	32	160												
OP	30	140												
O														
TEMP		120												
		100												
ASPIR		80												
A		60												
RESP		40												
O		20												
Expon														
Assist														
Contro														

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	100mg	Intubação orotraqueal	Monitor: SpO2, PA, PnO2, ECG
B	100mg	Intubação orotraqueal	DEMO 20mm @ PUF
C	100mg	Intubação orotraqueal	③ Sedação Profunda 200mg / Ev
D	100mg	Intubação orotraqueal	Midazolam 5mg / Ev
F		Intubação orotraqueal	Ataque de fúria
G		Intubação orotraqueal	- Inter. Gástrica: 400mg Lidocaina
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	- Assist. Len - Etanol 100ml
NOCID		Naso / Oro Faringea - Cegm	③ Retalutim 20 mg
SANGUE		Bal - Temp - Calibre do Tubo	③ Alta P. S.R.
		Sob Músculo	
		Dificuldade Técnica	
SA 0.5% 500mg			
TOTAL	100mg	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Tonsilectomia múltipla de fúria		
ANESTESIA	D. Michel	CODIGO	PERDA SANGUÍNEA
	R. BRUNO	OR C. Carlos H	

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - RR 1106

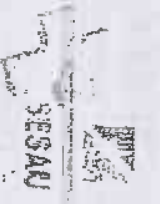


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Walter Macio Medeiros</i>		334	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>13 / 08 / 18</i>
TIPO <i>Amorafia múltipla do parênquima</i>		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO INICIO <i>21:33</i> FIM <i>23:15</i> TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO <i>Dr. Jesus</i>		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR <i>Dr. Carlos Enríquez</i>		ANESTESISTA:		<i>Dr. Michel</i>	
2º AUXILIAR		RES ANESTESIA:		<i>Dr. Bruno</i>	
		INSTRUMENTADOR		<i>Dr. Jesus</i>	
		CIRCULANTE		<i>Dr. Michel / Jonathan / Fabio</i>	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
7	FIS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 20	
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 30	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº 1, 1/2	
1	FAMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM	
1	SERINGA 20ML			OUTROS: <i>anticoagulante</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Selange</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					





SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Walter Maciel de Aguiar

DADOS DO OPERATÓRIO

Data: 13/08/18

Idade: 29

Origem: Emergência (U.T.I.)

Intervenção: U.T.I.

Outros: Intervenção

1. Informar: Pre-anestésico

2. Idiom: Português

3. Banho: Sanguine

4. Alergia: Cardiopatia

5. Exames: Amniótico

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 22:05

Início da Cirurgia: 22:30

Início Anestesia: 22:30

Término Cirurgia: 23:00

Saída S.O.: 23:00

Posição: Prone

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Local: 30

Legenda

1. Eletrodo

2. Oximetro

3. PVC

4. Placa de Bateria

5. Fio de Sutura

6. Cateter

7. Vendolite

8. SNG

9. SNG

10. Fio de Sutura

11. Outros: TC

12. Outros: TC

13. Outros: TC

14. Outros: TC

15. Outros: TC

16. Outros: TC

17. Outros: TC

18. Outros: TC

19. Outros: TC

20. Outros: TC

Destino: SRPA (UTI) Outros:

Destino: SRPA

Destino: UTI

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Destino: Outros

Exames na Sala: HT (HB) Hemograma (X) Rolo X

Exames na Sala: HT

Exames na Sala: HB

Exames na Sala: Hemograma

Exames na Sala: Rolo X

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: HT (HB) Hemograma (X) Rolo X

Exames na Sala: HT

Exames na Sala: HB

Exames na Sala: Hemograma

Exames na Sala: Rolo X

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: HT (HB) Hemograma (X) Rolo X

Exames na Sala: HT

Exames na Sala: HB

Exames na Sala: Hemograma

Exames na Sala: Rolo X

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

Exames na Sala: Outros

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos  
Idade: 34 anos  
Sexo: Masculino  
Profissão: Enfermeiro

Anestesia: Local  
Anestesiologista: Dr. [Assinatura]

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

INDICAÇÃO: Local  
Paciente confirmou: Sim

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ( ) Sim ( ) Não

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

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

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

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

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA ( ) Sim, Qual: Nenhuma

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

VIA AÉREA: RISCO DE ASPIRAÇÃO ( ) Sim, e equipamento disponível

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml ( ) Sim, e equipamento adequado e planejamento

( ) Sim, e equipamento adequado e planejamento

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. ( ) Sim ( ) Não se aplica

Assinatura: [Assinatura] Hora: 14:05

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>Wesley Florento Pedreira</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01ca (20dia) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
No bloco para programação cirúrgica					
<i>386,20587</i> <i>ALTA AMANHÃ</i>					
<i>Carlos Henrique da Rosa</i> <i>Médico</i> <i>499</i>					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
<b>MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.</b>					



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Welles Peters Medeiros			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(300mg) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>					
Ao bloco para programação cirúrgica					
BEE, LOVED					
ALTA HOSPITALAR					
Carlos Enrique La Rosa Médico CRM-RR 149					
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.					
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

data 20.08.18

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRECATÓRIO	
7 - IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (INS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - BAIRRO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Acidente de trânsito com Perda de Tecidos Mole			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Cirurgia			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - CLÍNICA			
26 - CARACTER DA INTERNAÇÃO			
27 - DOCUMENTO			
28 - Nº DOCUMENTO			
29 - Nº DO PROCEDIMENTO SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)</b>			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - CNPJ EMPRESA			
38 - CNAE DA EMPRESA			
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CNAE DA EMPRESA			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

0415040035 - R02

## BOLETIM OPERATÓRIO

Admiral Haddock

200818

0.5

Адресат почт.  
Женя

Энциклопедия

TIPO DE INTERVENÇÃO:

**MEDICAÇÕES E ACIDENTES:**

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º **AUXILIAR:**

## 2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA:

### 3º AUXILIAR

**ANESTHESIA:**

## ANESTESISTAS

ANESTESICO:

PHOTO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRURGICO

Substrat - si se poate forma  
pe Dorobu Pă (E)

Form LMC can SF &

Proximal

Correspondence of Teresa A. B. -

1740

Unidos  
Releto de Tendo Carlos Orestes de  
0530 E Tendo

Carlos Enrique  
CRM-Medic

Dr. J. Edgar Hoover  
CR-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ  
"Assessoria Patrimonial dos Governadores"

# FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

20.08 D

AGENTES

N 20

02

LÍQUIDOS  
VENOSOS

DA

X

ULSO

•

ANES

X

OP

O

TEMP

□

ASPIR

A

RESP

O

°C

240

38

220

38

200

34

180

32

160

30

140

120

100

80

60

40

Expon

Assist

Contro

SÍMBOLOS

ANESTESIA

A

C

D

E

F

G

QUOCOSE

MOOD

SANGUE

TOTAL

OPERAÇÃO

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

\* 5 CG  
\* 2 RI  
\* 02 RI  
\* CATETER DE NASAL  
\* VENTILADOR M.D.

ST SIRS

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

Hemorragia - Ataxia  
Bradícardia - Choque

PERDA SANGÜÍNEA

CÓDIGO

SERIAL

MARCA

MODELO

CRIM. DE USO

D. Carlos E.

D. João



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE PROCEDIMENTOS COM ANESTESIA LOCAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ARIANE ANDREIA ALMEIDA DE SOUZA IDADE: 26  
DATA DE NASCIMENTO: 15/08/92 R. Nº 34815447 SSP RX  
CPF: 009.235.542.03 CARTÃO SUS: 702.306.037.225.22.0  
NOME DA MÃE: ANA CRISTINA MORGADO DE ALMEIDA  
RUA: COQUEIRO Nº: 297 BAIRRO: SÃO BENITO  
CIDADE: BOA VISTA TELEFONE: 99122-1312  
DATA: 03/05/19

2. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: (PREENCHIDO PELO MÉDICO)

DIAGNÓSTICO:

TIPO DE PROCEDIMENTO:

ANESTESIA: LOCAL HORÁRIO DO INÍCIO DO PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

HORÁRIO DO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO:

EVOLUÇÃO MÉDICA E ORIENTAÇÕES:

( ) ALTA HOSPITALAR

BOA VISTA, \_\_\_\_\_

( ) INTERNAÇÃO

MÉDICO (A)

ASSINATURA E CRM (CARIMBO)  
(ANEXA)- PREENCHIMENTO

OBS: ITEM 03- FICHA DE MATERIAL UTILIZADO  
OBRIGATÓRIO PELA ENFERMAGEM.



Assinatura do Médico Responsável

VIAJADE / SETOR

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

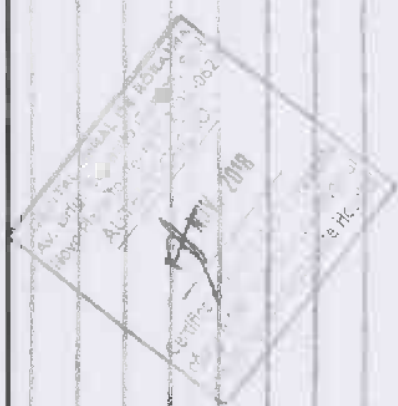
DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

24/08/11

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
24-08-2011



Nº DE REGISTRO

LEITO

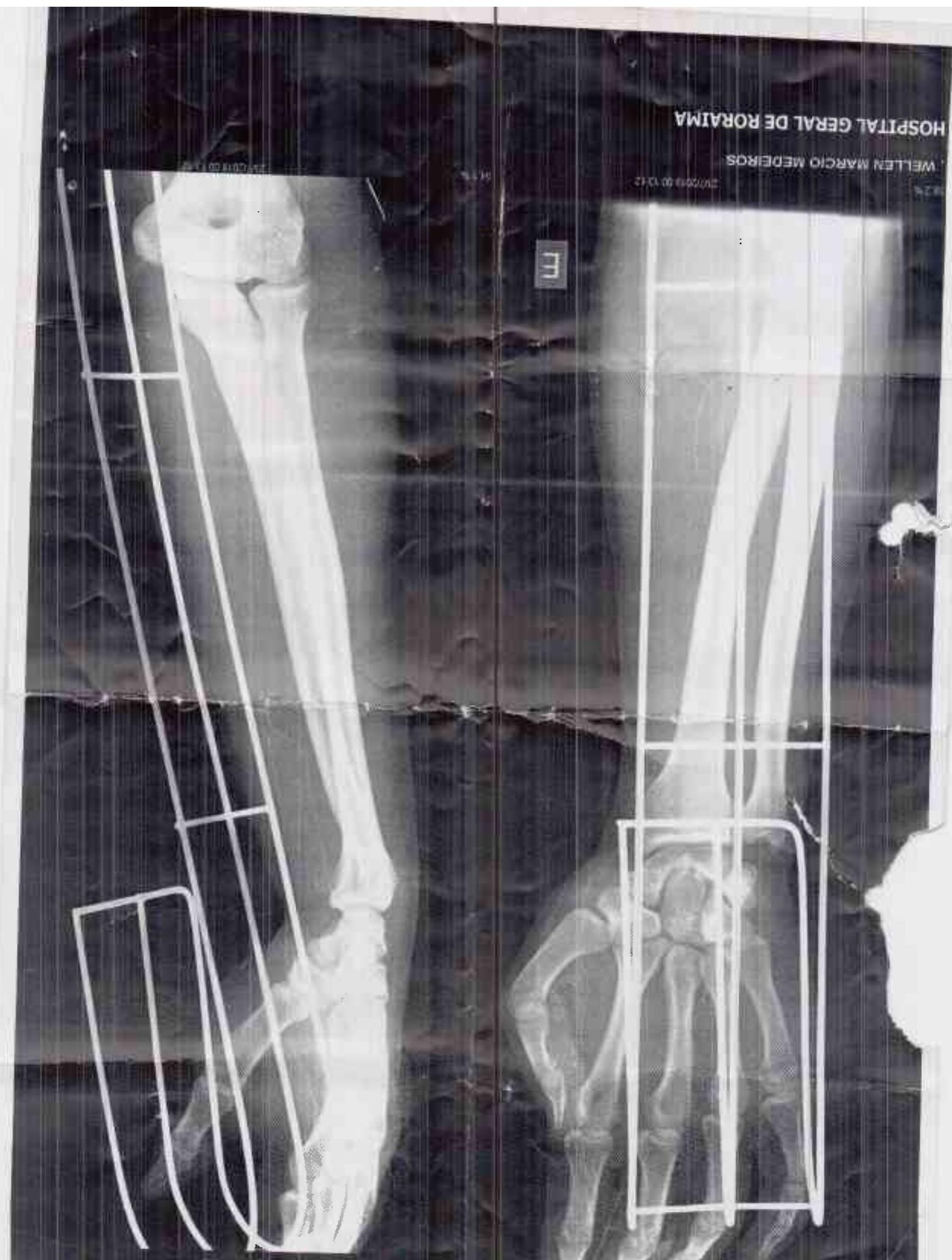
QUARTO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

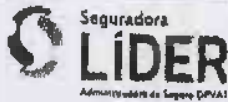
RESERVAÇÃO





Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	020.283.572-31	Wellen Marcos Medeiros Corqueira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TÍTULO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUL 17/2013			
Nome completo:		CPF:	
Wellen Marcos Medeiros Corqueira		020.283.572-31	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	Rua. São Hilário	121	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Antônio Vitor	Rio de Janeiro	RJ	21.312-371
E-mail:	Tel (DDD):		
abhner@hotmail.com	(021) 4125-9536		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma (X))			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: 8121 3		CONTA: 2414 7	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
AGÊNCIA: CONTA:			
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL (IML) - 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):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> 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 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 INTERESSE BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheira(o): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos vivos:	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação necessária para comprovar a ocorrência do sinistro, 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: Rio de Janeiro - RJ, 09/01/2019		TESTEMUNHAS	
Nome: Wellen Marcos Medeiros Corqueira		1ª Nome:	
CPF: 020.283.572-31		CPF:	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome:	
Assinatura do Segurador (se houver)		CPF:	
Assinatura		Assinatura	
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, concordando com 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.			





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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Abner Imaculato de Souza Inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.061.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcio Medeiros Ciquinha Inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da última  
Wellen Marcio Medeiros Ciquinha inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 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 a baixo, 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 <u>Ap 04</u>
Bairro <u>Itaeritas</u>	Cidade <u>Bom Vista</u>	Estrada <u>RR</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ilairto@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9533</u>

Local e Data

Wellen Marcio Medeiros Ciquinha  
Assinatura Declarante



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o **incapaz** com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

020.283.572-31

Nome completo da vítima

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Endereço

Rua: São Mateus

Bairro

Centenário Verde

Cidade

Boa Vista

E-mail

alairrr@hotmail.com

CPF titular da conta

020.283.572-31

Profissão

Número

131

Complemento

Estado

RR

CEP

69.312-371

Telefone (DDD)

(95) 98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

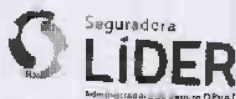
Lugar e Data

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 interditada com curador** - Neste caso, um específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

CPF da Vítima

020.283.572-31

Data do Acidente

22-07-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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.

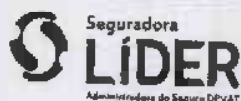
Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Local Data

Wellen Marcio Medeiros Cirqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Ilson Francisco de Souza inscrito (a) no CPF 288.051.612 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wellen Marcio Medeiros Cirqueira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 do sinistro de DPVAT cobertura Furto/roubo da Vítima  
Wellen Marcio Medeiros Cirqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.283.572 / 31 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>Barro</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>69.308-209</u>
Email <u>ilsonr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9538</u>

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564151

Vítima: WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA

Data do Acidente: 22/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
R. Senador Dantas 74, 5º andar  
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



## ANEXO 1

### TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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 bço					



## Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Cálculo de Atualização Monetária - Wellen Márcio Medeiros Cirqueira
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	22/7/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	22/7/2018 a 8/4/2019

Dados calculados		
Fator de correção do período	253 dias	1,022358
Percentual correspondente	253 dias	2,235835 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 7.245,96
Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 7.898,56</b>

Memória analítica do cálculo			
Valor inicial	7.087,50		
Data inicial	22/7/2018		
Data final	1/4/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
22/7/2018	1/8/2018	0,2060 (%)	7.102,10
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	7.111,33
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	7.117,73
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	7.159,02
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.172,62
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.161,14
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.182,63
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.207,05
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.245,96
Acréscimos de juro, multa e honorários			
Juros(260 dias-9,00638%)	(+)	R\$ 652,60	
Sub Total	(=)	R\$ 7.898,56	
Valor total	(=)	R\$ 7.898,56	

[Retornar](#) [Imprimir](#)

08/04/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 08/04/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ



08/04/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 08/04/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

08/04/2019: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 08/04/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 08/04/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

11/04/2019: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 11/04/2019

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho\_Inicial





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**4ª VARA CÍVEL - PROJUDI**

DO CENTRO CÍVICO, 666 - , - Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

<b>Processo: 0810810-91.2019.8.23.0010</b>
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$7.898,56
<b>Autor(s)</b> WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA Rua São Mateus, 131 - Cinturão Verde - BOA VISTA/RR - CEP: 69.312-371 - E-mail: medeiroswellenmarcio@gmail.com - Telefone: (95) 3131-1887
<b>Réu(s)</b> Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

**DECISÃO INICIAL**

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

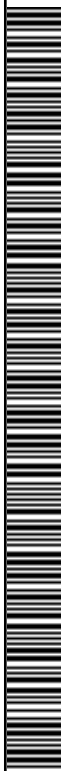
02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte Requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mais futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte Requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constatado que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da hipossuficiência do consumidor, assim, inverte o ônus da prova (CDC: inciso VIII, art. 6º).



07. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

08. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

09. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**.

10. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

11. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

12. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

13. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

14. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

15. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

16. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

17. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

18. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

19. Cite-se. Intimem-se. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema Projudi.

**Jarbas Lacerda de Miranda**  
*Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível*  
*(Assinado digitalmente)*



15/04/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019)

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida



15/04/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 15/04/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019)

Por: Thairinny Melo Araujo de Almeida

15/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 15/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 15/04/2019 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 6)

CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

16/04/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 16/04/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de WELLEN MARCIO MEDEIROS CIRQUEIRA) em 16/04/2019 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/04/2019) e ao evento de expedição seq. 8.

Por: ANDRÉ CARLOS ISRAEL