



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

## Processo 0811329-66.2019.8.23.0010

**Comarca:** BOA VISTA

**Data de Autuação:** 11/04/2019 **Situação:** Público

**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário

**Assunto Principal:** 9597 - Seguro

**Data Distribuição:** 11/04/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

## Parte(s) do Processo

**Tipo:** Promovente

**Nome:** SIDNEI MORAIS DA CRUZ

**Data de Nascimento:** Não cadastrada **RG:** 263397 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 819.310.932-53

### Advogado(s) da Parte

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

**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: 11/04/2019

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
- Comprovante de Residência
- Boletim de Ocorrência
- Documentação do Veículo
- Documentação Médica Completa I
- Documentação Médica Completa II
- Pedido do Seguro DPVAT
- 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**

**SIDNEI MORAIS DA CRUZ**, brasileiro, solteira, cabelereiro, portador do RG nº. 263.297 SSP/RR, inscrito no CPF/MF sob o nº. 819.310.932-53, residente e domiciliado na rua SDPM Arineu Ferreira Lima, n.º 191, bairro Caranã, CEP nº. 69.313-580, situado no Município de Boa Vista/RR, portador do endereço eletrônico [smoraisdacru@gmail.com](mailto:smoraisdacru@gmail.com), e do telefone (95) 98113-6717, 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. 2588/2018, no dia 29 de novembro de 2018, se deslocava em sua motocicleta marca HONDA, placa NAV-2140, na rua José Carlos dos Prazeres, bairro Caranã, quando em frente ao supermercado Leão, foi atingido pela motocicleta HONDA/BIZ, não sabendo dar mais características, pois a mesma evadiu-se do local.

Assim, na ocasião relatada, o Requerente sofreu lesões corporais, tendo, inclusive, sido socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que o levou para ser atendido no Hospital Geral de Roraima (HGR), para então ser submetido à procedimentos médicos, aonde permaneceu por aproximadamente 9 (nove) dias na referida unidade hospitalar.

Deste modo, o Requerente foi atendido no HGR no dia 29 de novembro de 2018, gerando-se o Prontuário nº. 1801040828, e, em Laudo Médico emitido pelo Ortopedista e Traumatologista, foi diagnosticado fratura exposta da perna direita, grau intenso, deixando o Requerente com ineficiência na perna direita.

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

Por fim, a Seguradora Requerida, até a presente data, não efetuou o pagamento do Seguro DPVAT, compelindo o Requerente a ingressar com a presente medida judicial, objetivando recebimento da importância do Seguro DPVAT, com as devidas atualizações monetárias.



## II – DO DIREITO

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

O Requerente 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 vítima:

[...]

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

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

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

4

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

**Telefones:** (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777

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



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

Assim, é entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP, com o escopo de facilitar a garantia de tal direito.

Neste sentido, é necessário trazer à baila o seguinte Acórdão, o qual explicita, de forma objetiva, como se dará o adimplemento de tal importância, bem como as respectivas condições para tanto:

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

Desta maneira, em conformidade aos 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, valendo trazer à baila o seu respectivo teor:

§ 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, conforme os artigos 3º, II, e 5º, § 7º, da Lei nº. 6.194/74, as jurisprudências pertinentes ao recebimento do valor referente ao Seguro DPVAT, a devida correção monetária, o Requerente faz jus ao valor de **R\$ 7.483,84 (sete mil quatrocentos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos)**.





### III – DO PEDIDO

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

- a) Citação da Seguradora Requerida, na pessoa de seu Representante Legal, ao comparecimento das audiências de Conciliação, Instrução e Julgamento, conforme o artigo 75, VIII, do CPC, para, querendo, contestar os termos da presente ação no prazo legal, advertindo-se que os fatos articulados e não contrariados especificadamente serão considerados verdadeiros, aplicando-se então as penas de revelia e confissão;
- b) Concessão do direito à Justiça Gratuita, tendo em vista que o Requerente não está em condições de pagar custas processuais e demais encargos judiciais sem prejuízo próprio ou de sua família, conforme estabelece o artigo 5º, LXXIV, da CF/88, e o artigo 4º, da Lei nº. 1.060/50;
- c) Realização de perícia médica pertinente, avaliando-se o local e o grau da lesão sofrida pelo Requerente, e, posteriormente, ratificando ou corrigindo o valor calculado na exordial;
- d) Julgamento procedente da ação, condenando, deste modo, a Seguradora Requerida ao pagamento do Seguro DPVAT na importância total de **R\$ 7.483,84 (sete mil quatrocentos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos)**, bem como ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais, no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, conforme artigo 85, § 2º, do CPC.

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



Dá-se a causa o valor de R\$ 7.483,84 (sete mil quatrocentos e oitenta e três reais e oitenta e quatro centavos).

Nestes termos,  
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 11 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, SIDNEI MORAIS DA CRUZ PROFISSÃO: CABELEIREIRO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 98113-6717,  
E-MAIL: smoraismoraes@gmail.com RG: 263297  
SSP- RR e CPF: 810.310.932-53, RESIDENTE Á  
RUA: SD PM ARINEU FERREIRA LIMA N° 191,  
BAIRRO: CARANA, 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 04 de 2019.

*Sidnei Moraes da Cruz*  
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: SIDNEI MORAIS DA CRUZ

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: CABELEIREIRO

RG N° 263297 SSP/ RR CPF: 810.310.932-53

ENDEREÇO: R: SDPM ARINEU FERREIRA LIMA  
191 CARANA.

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 04 de 2019.

x Sidnei morais da cruz



13 MAR. 2019



NOME **SIDNEI MORAIS DA CRUZ**  
 BOA VISTA RR 04/10/1985  
 FILIAÇÃO **RAIMUNDO RODRIGUES DA CRUZ**  
**JOSEFA MORAIS DA CRUZ**  
 DOC. APRESENTADO **R.G. 263397 SESP RR**  
 ESTADO CIVIL **SOLTEIRO**  
 EM NAVEGAÇÃO DE 18 DE AGOSTO DE 1985  
 RG **263397** CNH **CPF**  
 T. ELETRON **SER. AD. ZONA**  
 NOME DO AZUADO POR **M. J. N.** DATA  
 LOCAL DA EMISSÃO **DRT/RR**  
 13/08/2002  
 ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE		03
FILIAÇÃO .....		
DATA DE NASC. DE ..... / ..... / ..... PARA ..... / ..... / .....		
DOCUMENTO .....	ASSINATURA E NOME DO SOLICITANTE .....	MOTIVO .....
NOME .....		
DOCUMENTO .....		
ASSINATURA E NOME DO S. REVISOR .....		MOTIVO .....
NOME .....		
DOCUMENTO .....		
ASSINATURA E NOME DO S. REVISOR .....		MOTIVO .....
NOME .....		
DOCUMENTO .....		
ASSINATURA E NOME DO S. REVISOR .....		MOTIVO .....

<p>MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICA DE EMPREGO E SALÁRIO</p>	
<p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p>	
<p>TÍTULOS</p>	<p>126.10638.66-5</p>
<p>NÚMERO</p>	<p>2617740</p>
<p>SÉRIE</p>	<p>001-0</p>
<p>UF</p>	<p>RR</p>
<p><i>Sônia Maria da Costa Cruz</i></p>	
<p>ASSINATURA DO TITULAR</p>	<p>1924 02-AR CRESLO</p>
	

<b>10</b> 01 CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: SACINO DE ALIMENTOS LTDA.	
Rua: Araújo Filho, 284 - Centro	
Cidade: INSC. EST. 24.006192-8	
Endereço: CEP: 69.307-090	
Município: BOA VISTA UF: RR	
Esp. do Estabelecimento: Alimentador de R. ole	
Cargo: Produtor	
CBO Nº: 9842-05	
Data de Admissão: 01 de Novembro de 2010	
Registro Nº: 01	
R.S. / FICHA: 02	
Remuneração Especificada: R\$ 5,30, 30 (trabalho e multa rescisória)	
Assinado digitalmente por: Eduardo Napoleão	
CPF: 554.956.732-53	
Data de Saída: 29 de Janeiro de 2011	
Assinado digitalmente por: Luiz N. Avelino Jr.	
CPF: 554.956.732-53	
Com. Dispensa CD Nº: _____	
FGTS Nº da Conta: _____	

<b>11</b> CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: DISTRIBUIDORA GLOBO	
LIDA ME	
Cidade: 12.939.794/0001-32	
Endereço: Rua: SCSA CRISTAL 383 A	
Cidade: SARANÁ - Boa Vista	
Município: BOA VISTA UF: RR	
Esp. do Estabelecimento: Comércio	
Cargo: Atendente	
CBO Nº: 4110-05	
Data de Admissão: 04 de Junho de 2014	
Registro Nº: 01	
R.S. / FICHA: 02	
Remuneração Especificada: R\$ 565,00 (Gorjetas e sobressalente e comissões)	
Assinado digitalmente por: Elisângela Martins Borghini	
CPF: 554.956.732-53	
Data de Saída: 30 de Janeiro de 2012	
Assinado digitalmente por: Elisângela Martins Borghini	
CPF: 554.956.732-53	
Com. Dispensa CD Nº: _____	
FGTS Nº da Conta: _____	

10 de 2019 - 31



CNPJ: 06.939.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.555.435-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.206-810

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 249378

Novembro/2018

Dados do Cliente:		Endereço para entrega:	
JOSEFA MORAIS DA CRUZ		RUA SDRM ARINEU FERREIRA LIMA, 191 - CAR ANA BOA VISTA RR 69313-580	
Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.015.089.0136.000	3	2784	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y12S511476	04/10/2013	CORTADO	LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT. 442		442	0
LEITURA INF.			32
DT. LEITURA 19/10/2018 20/11/2018			
ULTIMOS CONSUMOS			
201810	0-0		
201809	0-0		
201808	0-0		
201807	0-0		
201806	0-30		
201805	0-30		
MEDIA	0		
DESCRICAO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE AGUA		0 M3	23,83
ESGOTO		80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
VENCIMENTO:		TOTAL A PAGAR	42,89
15/12/2018			

AVISO: EM 31/10/2018 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

"RESERVISTA LENCENCIADO NOS UTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE  
DE 10 A 14 DE DEZEMBRO DE 2018 NO QUARTEL DA 1ª BRIGADA  
DE INFANTARIA DE SELVA E REGULARIZE A SUA SITUACAO MILITAR"



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
249378	11/2018	15/12/2018	42,89

82640000000- 4 42890004001- 8 00024937801- 9 11201870003- 2



Via do Cliente

Via da CAERR

13 MAR. 2019





ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
CENTRAL DE FLAGRANTES  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

<b>BOLETIM Nº 2588/2018</b>
DATA: 30/11/2018
HORA: 16:37h

DELEGADO: Paulo André Teixeira Migliorin		
EQUIPE : DRRFVAT		
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA José Carlos dos Prazeres , s/n –Jardim Caranã ( em frente ao supermercado Leão)	DATA 29/11/18	HORA 10:15h

**COMUNICANTE**

<b>NOME:</b> ANTÔNIO SANTOS DA SILVA		RG:67229 SSP-RR	CPF: 225.359.262-52
<b>NASC.:</b> 20/05/1967		<b>END:</b> Rua SD PM ARINEU FERREIRA LIMA,191 - CARANÃ.	
<b>PAI:</b> Eulalio da Silva		<b>MÃE:</b> MARIA RAIMUNDA ANICETO DOS SANTOS	
<b>GRAU :</b> SUPERIOR INCOMPLETO	<b>NATURAL:</b> BOA VISTA - RR	<b>NACION:</b> Brasileiro	
<b>SEXO:</b> M	<b>IDADE:</b> 51	<b>ESTADO CIVIL:</b> Separado judicialmente	
<b>TEL CEL:</b> 98113 – 6717/99165 - 1053	<b>PROF:</b> Funcionário Público Federal		

**ENVOLVIDO**

<b>NOME:</b> Sidnei Moraes da Cruz		RG:263.297 SSP-RR	CPF: 810.310.932-53
<b>NASC.:</b> 04/10/1985		<b>END:</b> SD PM ARINEU FERREIRA LIMA,191 - CARANÃ	
<b>PAI:</b> Raimundo Rodrigues Moraes da Cruz		<b>Mae:</b> Josefa Moraes da Cruz	
<b>GRAU :</b> PJ	<b>NATURAL:</b> Boa Vista/RR	<b>NACION:</b> Brasileiro	
<b>SEXO:</b> M	<b>IDADE:</b> 34	<b>ESTADO CIVIL:</b> solteiro	
<b>TEL CEL:</b> 98113 - 6717	<b>PROF:</b> cabeleireiro		

**ENVOLVIDO**

<b>NOME:</b> Graça		RG: PJ	CPF: PJ
<b>NASC.:</b> PJ		<b>END:</b> Rua : Tenente Brás Barros da Silva, S/N – Jardim Caranã	
<b>PAI:</b> PJ		<b>MÃE:</b> PJ	
<b>GRAU:</b> PJ	<b>NATURAL:</b> PJ	<b>NACION:</b> Brasileira	
<b>SEXO:</b> M	<b>IDADE:</b> PJ	<b>ESTADO CIVIL:</b> casada	
<b>TEL CEL:</b> PJ	<b>PROF:</b> Comerciante		

**HISTÓRICO**

Senhor delegado, o comunicante veio a esta delegacia informar que o seu cunhado por nome de Sidnei Moraes da Cruz, se envolveu em um acidente no endereço acima citado; QUE a condutora da motocicleta BIZ a senhora Graça, após o acidente se evadiu do local; QUE a vitima o senhor Sidnei quebrou a perna direita e teve várias escoriações; QUE o cunhado do comunicante o senhor Paulo Sergio Moraes da Cruz , foi até a residência da senhora Graça questionar se a mesma iria ajudar nas despesas; QUE a senhora Graça informou que não iria ajudar em nada e que ele poderia ir atrás dos seus direitos ; QUE o comunicante entrou em contato com a PM/RR para irem até o local do acidente e foi informado que não teriam como ir até o local, devido ter a falta da policia militar não houve pericia ; QUE O SAMU foi até o local do acidente e levou a vitima ao Hospital Geral de RR. É o relato

**Kellyanne Paes Pereira**  
Agente de Policia

**Antônio Santos da Silva**  
COMUNICANTE

DESPACHO

DESPACHO

13 MAR. 2019



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 2588/2018/ CENTRAL DE FLAGRANTES**

O Sr.º

NOME: **SIDNEI MORAES DA CRUZ**

RG : **263297 SSP/RR**

SEXO: **MASCULINO**

DATA DE NASCIMENTO: **04/10/1985**

TELEFONE: **98113-6717**

ENDEREÇO: **RUA – SOLDADO PM ARINEU FERREIRA LIMA, 191**

BAIRRO: **CARANÃ**

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

- **PLACA – NAV - 2140;**
- **CHASSI 9C2KC8105R037239;**
- **ROBSON DA SILVA MONTEIRO (PROPRIETÁRIO);**

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

Boa Vista - RR, 01 de Fevereiro de 2019.

**SIDNEI MORAES DA CRUZ**

**Comunicante**



13 MAR. 2019



RR Nº 011578526453 - BILHETE DE SEGURO DPVAT ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 902. PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIANO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatSegurodetransito.com.br">www.dpvatSegurodetransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204		EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 14/02/2017	
VIA	CNPJ / CPF	PLACA	
01	982.826.032-87	NAP2140	
RENAMOV	MARCA / MODELO		
00837195230	HONDA / CG 150 TITAN KS		
ANO FAB.	Nº CHASSI		
2004	9C2KCB08105F037239		
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
FINS (R\$)	DENOMIN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$129,04	R\$14,34	R\$143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGAO PELO SEGURADO (R\$)	
R\$4,15	R\$1,11	R\$292,01	
PAGAMENTO	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>	14/02/2017	

JUN / 2014  
 CNPJ 06.248.603/0001-04  
[www.Seguradoralider.com.br](http://www.Seguradoralider.com.br)



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

---

## **DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO**

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **SIDNEY MORAIS DA CRUZ** retifica-se por **SIDNEI MORAIS DA CRUZ**, RG 263.397 SSP/RR, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA), no dia 29/11/2018 às 11h39min, por motivo de ACIDENTE DE MOTO, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1801040828.

---

Boa Vista-RR, 24 de Janeiro de 2019.

---

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n.º Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000  
mail: [hosphgr@yaibest.com.br](mailto:hosphgr@yaibest.com.br)

13 MAR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Sérgio Elmano Gomes, 3303		1ª Classificação / Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		2ª Classificação / Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		3ª Classificação / Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		Notificação P/SIDA POTSAE Univ MTE/UNE	
501040026 29/11/2018 11:30:20		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		MTE/UNE			
Paciente SIDNEY MORAIS DA CRUZ		Data Nascimento 04/10/1985		Idade 33 A 1 M 25 D		CNS		CPF	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil UNIÃO		Raça/Cor PARDA	
Mãe JOZEFA MORAIS DA CRUZ		Endereço RUA - SALTADO PM ARINE - 191 - CARANA - BOA VISTA - RR		Naturalidade BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99122-1305	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por JULIANE		Peso	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febil <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)		Reg. AM, CH, LITE							
Hipótese Diagnóstica		Rota trauma		Falta Son Sono + (HIV+)					
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
10 Termos 100mg em 4 dias 11:30									
2 - Cephalon 2g - EV 12h									
Condição		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Transfêrência para									
Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica									
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Assinado por: Juliana Data Hora: 29/11/2018 11:40:38									
102 - 102 - 102 - 102									



QUEIXAS:

Dr. MARCELO MARQUES

(20-)

Exatidão do relato é corroborada e confirmada  
pela vítima após se em contato com motoristas  
da (SCL) sobre moto x moto. Aprox. 100 km/h  
sem impacto direto nos. Não há lesões ou  
vômitos.

Rx: FRATURA EXPOSTA TÍBIA S.

LCMC extensiva com 40% de 5 Litros, sutu-  
ra, drenagem, imobilização, internado,

Dr. Elder Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR

13 MAR 2019

13 MAR. 2019

# BLOCO B

Alta: 07.12.2018

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tayma

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO COORDENADOR DE SAÚDE (ESPECIALISTA)

Sidney Marcos HGR

1 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Sidney Marcos de Cruz

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

80367

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/10/85

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE, CAIO DO RESPONDEVEL

Geisa Moraes da Cruz

DEO

11 - TELEFONE DE CONTATO

11 - TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Soldado Eu Aníni - Coraia

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS MOTIVOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão moto x moto) com lesões traumáticas com fratura de MID. (fratura de tíbia e fêmur).

17 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

18 - HISTÓRICO DE RESULTADOS DE EXAMES (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, exames físico, RX.

19 - OBSERVAÇÃO DE EXAMES

Fratura exposta ossos da perna @.

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 - NOME DA CLÍNICA

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Marcelo Soares

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/11/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO INSC. DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Marcelo Soares  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 028488

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - DATA DO ACIDENTE

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - NOME DO BILHETE

40 - NOME DA EMPRESA

41 - CIDR

42 - NOME DO BILHETE

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - INSC. SOLICITANTE

### AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - NOME DO BILHETE

51 - Nº DO BILHETE (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - NOME DO BILHETE

53 - Nº DO BILHETE (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Assinatura

030 8010019  
T06p  
S828 V295

13 MAR. 2019

220-4

F-010

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Sedney, M. de Oly		
DIAGNÓSTICO	Fx exposta do osso da perna + RTV		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	29/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	AVF	MANTEA	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H <i>Morphen 1</i>		
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	18:24 06.12	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SW	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SW	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	SW	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW	
11	CURATIVO DIAFO	NOTINA	
12	SSVY + CCGG 6/6 H	NOTINA	
13	<i>Clindamicina 600mg EV 6/6h</i>	18:24 06.12	
14	<i>Ceftriaxona 500mg - EV 18h</i>	20	
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

**NIR**  
Regulado  
para leito  
F-01  
Regulação Interna

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 295



15h PA: 137x84  
FC: 92  
TA: 36.9°C

SINAIS VITAIS	PA	T	TAX	FR
6 H	130x70	36	16	
12 H				
18 H	147x89	36	36.4°C	19
24 H	133x80	35	36°C	19

13 MAR. 2019



F-10 220.4 10

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SIDNEY M. DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRAT. EXP. OST. OSSO PERNA + RTV				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		220.4	DATA	30/11/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5A
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				18
6	TRAMAL 100MG - SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				18
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				18
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				18
10	SSVV + CCGG 6/6 H				18
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				18
14	CURATIVO DIÁRIO				18
15	CLINDAMICINA 600mg EV 6/6H				18
16	LEVOFLOXACINA 500mg EV 1X/8H				18
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:**

Ad bloco para programação cirúrgica

19.30h PA=143/74  
P=88  
T=36.5  
F.A. 72 bpm  
Téc. enfermeira  
conserv. 02/12/18

SIN. S VITAIS	PA	FC	Tem	FR
0h				
12h	136/80	74 bpm	36.5°C	18 mm
18h	138/66	82	36.3°C	
24h	100x60	82	36°C	

6h PA=110 x 70  
P=78  
T=35.86

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Regulado  
para leito  
BLB/220-4 11:15  
Regulação Interna

13 MAR. 2019

12h Paciente no bloco medicado  
Perim. com 15 não notificado por  
não haver equipe no umidade  
sem as curadas An. em bloco ruim

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	01/12/2018
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	CURATIVO DIÁRIO				S/N
11	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				12-18
13	levofloxacina 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				12-18
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				14
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				12-18

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 201; 251-300; 401; 301-350; 601; 351-400; 801; 401-450; 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 GL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	124x79	87	-	37.0	
18 H	122x69	89	-	37.8	
24 H	105/64	82			

18H: Realizado os itens conforme Prescrição Médica. Não realizado item 16, não tem no setor. validado

Marinalda S. Richi  
Aide-Enfermeira

13 MAR. 2010

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	02/12/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				(S/N)
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				(S/N)
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				30h
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				12-18-28-06
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				16
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				20-08
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995/RR
6 H	109/64	79			
12 H	100x60	70		36°C	
18 H	110x63	68		36.1°C	
24 H	96/54	85			

13 MAR. 2019

220-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUZ				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	03/12/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-D SW
2	SF0,9% 500ML S/N EV				-D SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				-D SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				-D SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-D SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-D SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-D SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-D SW
10	CURATIVO DIÁRIO				-D SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H				-D SW
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				-D SW
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				-D SW
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				-D SW
15	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				-D SW
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	123x64	79			
12 H	137x81	80		36	
18 H	114x66	76		36	
24 H	110x70	92	59	36.6	
MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 15995-RR					

feito ssvv + medicação. Cpm

Diana Rozen Wessner  
Técnico em enfermagem  
COREN-RR 555 DVA-JE

11h: Realizado AVP em MSD.  
Profundo dor em MID,  
medicado cpm e neufr-  
cado os ssvv  
Andressa Seefeldt  
CRM 15995-RR

03/12/18

fez medicação

E. P. M. Gomes Manoel  
do Enfermagem  
COREN-RR 1510 039

13 MAR. 2019

220-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <b>SIDNEY MORAIS DA CRUS</b>					
AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA D</b>					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-4	DATA	04/12/2018
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-D SNV
2	SF0,9% 500ML S/N EV				-D SNV
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				-D SNV
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				-D SNV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-D SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-D SNV
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				-D SNV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-D SNV
10	CURATIVO DIÁRIO				-D Rotina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				-D gráfico
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 300MG VO 6/6HR				-D 12h
13	levofloxacin 500mg 1x dia ev OU VO 1X DIA				-D 12h
14	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				-D 12h
16	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				-D 12h
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	<p>MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Dr Odinachi Okemiri Crm 1851-RR</p>
6 H					
12 H	117x75	90	-	36.4°	
18 H	120x70	94	21	37.0°	
24 H	120x70	108		36.6°	

13 MAR. 2019

2620-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	29/11/2018	DIH		DN	04/10/1985
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS				
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITO + RTV				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	33	LEITO	220-4	DATA	05/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				MANTER
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
17	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
18	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				CI PACIENTE
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					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**



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

SINAIS VITAIS					Dr Odinachi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR	TX	
12 H	119/74	75	-	36.4C	
18 H	122/76	95		36.1	
24 H	110/70	90	-	-	

6H PA: 127x77  
 FC 93  
 T: 36.2

13 MAR. 2019



 <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	29/11/2018	DIH		DN	04/10/1985																					
PACIENTE	SIDNEY MORAIS DA CRUS																									
AGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITO + RTV																									
ALERGIAS		HAS		DM2																						
IDADE	33	LEITO	220-4	DATA	07/12/2018																					
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE				SUB																					
2	AVP				10/11/2018																					
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				12 18 24 06																					
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 + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																									
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																									
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																									
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N																									
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTIUA																					
15	CURATIVO DIÁRIO				m																					
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				16																					
17	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				10																					
18	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				08 20																					
19																										
20																										
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																										
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>																										
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																										
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																										
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> <th rowspan="5">           Dr. Odinechi Okemiri            Residente De Ortopedia e            Traumatologia            Crm 1851-RR         </th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS				Dr. Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR	6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS				Dr. Odinechi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR																						
6 H	PA	FC	FR																							
12 H																										
18 H																										
24 H																										

13 MAR, 2019

220-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Sidney Marcos Da Lins, 33 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29 / 11 / 18, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta tíbia (D) R-V  
NO DIA 1 / 1 / 1, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07 / 12 / 18, ÀS 12,00 hrs, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 17 / 12 / 18, ÀS 7,30 hrs, COM O  
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 07 / 12 / 18

Dr. Odinachi Saramiti  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1854-RR

MÉDICO

13 MAR. 2019





53.9 %

29/11/2018 12:24:44

54.1 %

29/11/2018 12:24:44

SIDNEY MORAES ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ADRIANO LIMA





53,9 %

29/11/2018 14:38:10

54,1 %

29/11/2018 14:38:10

, SIDNEY MORAIS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA







## 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:	Nome completo da vítima:
	819.310.932-53	Sidnei Moraes da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Sidnei Moraes da Cruz	819.310.932-53	
Profissão:	Endereço:	Número:
Cabeleireiro	Rua SPM Arineu Ferreira Lima	191
Bairro:	Cidade:	Estado:
Caranã	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	
flairm@hotmail.com	69313-580	
	Tel.(DDD):	
	(95)99154-4282	

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

RENDA MENSAL:			
<input 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 checked="" 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 DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1352	CONTA: 48690
(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Boa Vista-RR
	Nome: Sidnei Moraes da Cruz
	CPF: 819.310.932-53
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª   Nome:
CPF:
Assinatura
2ª   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.

13 MAR. 2019





## 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 Olair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sidinei Moraes da Cruz inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 819.310.932/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima  
Sidinei Moraes da Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 819.310.932/53, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

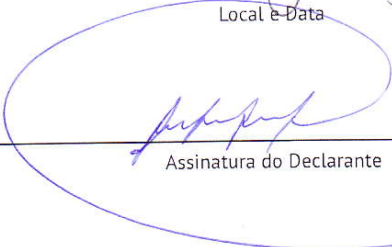
☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista-RR, 13 de Março de 2019  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante





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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190200117

Vítima: SIDNEI MORAIS DA CRUZ

Data do Acidente: 29/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIDNEI MORAIS DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

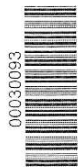
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00185/00186 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14071687

**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					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7.087%2C5...>



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	29/11/2018 a 1/4/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	29/11/2018 a 11/4/2019

### Dados calculados

Fator de correção do período	123 dias	1,010354
Percentual correspondente	123 dias	1,035371 %
Valor corrigido para 1/4/2019	(=)	R\$ 7.160,88
Juros(133 dias-4,51006%)	(+)	R\$ 322,96
Sub Total	(=)	R\$ 7.483,84
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 7.483,84</b>

### Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50		
Data inicial	29/11/2018		
Data final	1/4/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
<b>Termo inicial</b>	<b>Termo final</b>	<b>Variação do período</b>	<b>Valor</b>
29/11/2018	1/12/2018	0,0127 (%)	7.088,40
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.077,06
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.098,29
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.122,42
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.160,88

### Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(133 dias-4,51006%)	(+)	R\$ 322,96
Sub Total	(=)	R\$ 7.483,84
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 7.483,84</b>

Retornar   Imprimir

11/04/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 11/04/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

11/04/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 11/04/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ



11/04/2019: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 11/04/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 11/04/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

12/04/2019: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 12/04/2019

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: 0811329-66.2019.8.23.0010</b>
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$7.483,84
<b>Autor(s)</b> SIDNEI MORAIS DA CRUZ Rua Soldado-Polícia Militar Arineu Ferreira Lima, 191 - Caranã - BOA VISTA/RR - CEP: 69.313-580 - E-mail: smoraisdacru@gmail.com - Telefone: (95) 98113-6717
<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 SIDNEI MORAIS DA CRUZ com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (12/04/2019)

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 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (12/04/2019)

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 (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 8.

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 SIDNEI MORAIS DA CRUZ) em 16/04/2019 com prazo de 15 dias úteis \*Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (12/04/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: ANDRÉ CARLOS ISRAEL