


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
1ª Vara Cível
Processo 0819115-64.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA
Data de 21/06/2019 **Situação:** Público
Classe 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito
Data Distribuição: 21/06/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente
Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 001.877.602-76
Filiação: /

Advogado(s) da Parte

639NRR LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA

Tipo: Promovido
Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

21/06/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 21/06/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- DOC
- DOC



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __ VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA – RR.

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA, brasileiro(a), solteiro, pintor, portador(a) da Cédula de Identidade de nº 2360219-8 SSP/AM, inscrito(a) no CPF sob o nº 001.877.602-76, residente e domiciliado(a) na Rua General Penha Brasil, nº 826/1, Bairro São Francisco, Boa Vista – RR, e-mail adrianokerley@gmail.com, por sua advogada e bastante procuradora ao final assinada (procuração anexa), vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ: 09.248.608/0001-04, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74, - Centro – Rio de Janeiro – CEP 20031-205, Telefone (21) 3861-4600 e Fax (21) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir expostas:



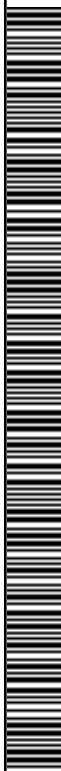
1. DA JUSTIÇA GRATUITA

O Autor é pintor, trabalha informalmente e sem ajudantes. Como trabalha sozinho, é contratado poucas vezes ao mês, uma a duas vezes, dependendo do serviço, recebendo em torno de R\$ 100,00 a R\$ 2.500,00 (maior valor já recebido). Em médio, percebe mensalmente cerca de R\$ 1.800,00. Conforme recibo anexo, o Autor além de arcar com despesas como alimentação, água e energia, paga aluguel no valor de R\$ 600,00, e por conseguinte, não possui condições de arcar com despesas processuais, de modo que, preenche os requisitos legais para a obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do art. 98 e 99 do CPC, requerendo, portanto, sejam-lhe concedidos os aludidos benefícios, tendo em vista tratar-se de pessoa pobre na acepção do termo, conforme declaração e demais documentos anexos.

2. DOS FATOS

A parte autora, em 16/08/2017, por volta das 18h00min, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava pela Ville Roy, quando veio a colidir com um cachorro, vindo a cair e sofrer diversos ferimentos, de modo que, foi encaminhada ao Pronto Atendimento pelo SAMU, conforme se comprova do BO 044614/2017/DAT, em anexo.

Em razão do acidente de trânsito, a parte autora foi encaminhada ao Pronto Socorro, vez que sofreu lesão como **TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO (FRATURA DE COTOVELO)**, sendo submetida a procedimento cirúrgico. Devido a lesão, a parte autora ficou com **INVALIDEZ PERMANENTE no Membro afetado**, conforme documentos hospitalares e SAMU anexos, bem como com a perícia médica que será realizada durante a fase de instrução deste processo.





Após o período de tratamento médico, a parte autora apresentou toda documentação necessária junto à Seguradora Ré para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, cujo valor devido era R\$ 13.500,00 (treze mil reais), conforme estabelece a lei nº 6.194/74 após a alteração ocorrida pela lei nº 11.482/07.

Ocorre que a seguradora pagou apenas o valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, e dessa forma, conclui-se que a parte autora tem direito a receber ainda **R\$ 6.412,50 (seis mil, quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, como complemento do valor devido, tendo em vista que sua invalidez é permanente e total.

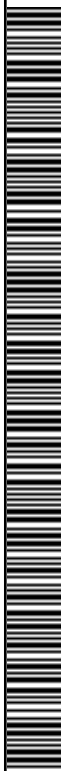
São, sucintamente, os fatos.

3. DO DIREITO

3.1. DA PROVA PERICIAL

Nas ações de cobrança do seguro DPVAT, o entendimento consolidado pelos nossos Tribunais é no sentido de ser prescindível o exame pericial se existe laudo do IML comprovando os danos sofridos pela vítima, sendo desnecessária a produção de nova prova pericia, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. SEGURO DPVAT. REALIZAÇÃO DA PERÍCIA, NOS TERMOS DA LEI N° 11.945/2009. Considerando que o objeto da presente cobertura securitária é o dano sofrido em sua integridade física, em grau capaz de provocar-lhe situação permanente de invalidez, cujo critério de apuração que deve presidir juízo identificador do sinistro coberto por esta modalidade de seguro obrigatório é dado, fundamentalmente, pela definitividade, natureza e gravidade das lesões sofridas pela vítima, as quais se encontram especificadas em tabela constante das normas de acidentes pessoais expedida pelo Conselho Nacional de Seguros Privados,





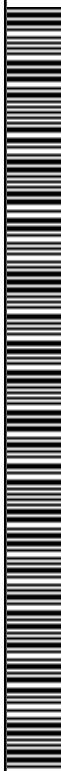
apresentando diversos percentuais de enquadramento, impossível decidir a presente demanda sem apuração do grau da invalidez. Aplica-se ao caso concreto, as disposições contidas na Medida Provisória 451/2008, posteriormente convertida em Lei 11.945/2009, a qual determina a realização de perícia médica a fim de apurar o grau de incapacidade nos casos de sinistros ocorridos a partir de 16/12/2008. Em face da atribuição conferida pela Lei 11.945/2009 cabe ao Departamento Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima, fornecer laudo de verificação da existência e quantificação das lesões. Tendo o agravante juntado laudos periciais realizados junto ao órgão competente (IML de Alegre), conforme documentos de fls.09/12-TJ, desnecessária a realização de nova perícia técnica. AGRAVO PROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70042319004, Sexta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Luís Augusto Coelho Braga, Julgado em 19/04/2011)

No caso em tela, o Autor não realizou a perícia no IML, pois nesta UF, o laudo do IML não tem sido aceito pelo Poder Judiciário local como prova da debilidade da parte autora, pois não quantifica detalhadamente a lesão da vítima de acidente de trânsito, conforme determina a legislação que regula a matéria. De forma que o mesmo requer a realização da perícia médica durante a fase de instrução processual, apresenta-se os quesitos abaixo a fim de comprovar o seu direito.

- A) Há lesão cuja origem seja decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?
- B) Qual segmento do corpo da parte Autora encontra-se lesionado e qual o percentual do dano?
- C) A lesão sofrida pela parte Autora apresenta quadro definitivo, sem possibilidade de recuperação ao estado anterior?

4.2 DO VALOR INDENIZÁVEL

A Lei nº 11.482/07 que derogou a Lei 6.194/74 estabelece que em casos de invalidez permanente o limite do valor da indenização para o seguro DPVAT é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), vejamos:





Art. 8º - Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

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

a) (revogada);

b) (revogada);

c) (revogada);

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.” (NR)

A lei nº 11.482/07 entrou em vigor em 31 de maio de 2007, de forma que os sinistros ocorridos desde aquela data serão regulados por este diploma legal, uma vez que anteriormente a lei nº 6.194/74 que também regula o seguro DPVAT, estipulava que o valor indenizável para os sinistros ocorrido na sua vigência seria de 40 (quarenta) salários mínimos.

Portanto, no caso em tela, observa-se que a legislação aplicável é a lei nº 11.482/07, uma vez que o sinistro ocorreu sob a vigência deste diploma legal.

Considerando que foi o pagamento foi parcial, conclui-se que o Autor(a) tem direito a receber **R\$ 6.412,50 (seis mil, quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, em razão da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito.

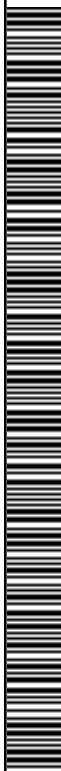
5. DO PEDIDO

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:



- 1) Seja determinada a citação da Requerida, para caso queira, responder a presente ação no prazo legal, sob pena de revelia e confissão quanto a matéria de fato;
- 2) Seja julgada **TOTALMENTE PROCEDENTE** a presente ação, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 6.412,50 (seis mil, quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, referente à indenização pelo seguro DPVAT, em virtude de invalidez permanente total decorrente de acidente de trânsito.
- 3) Seja deferida a inversão do ônus da prova nos termos do inciso VIII do art. 6º do CDC;
- 4) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita, haja vista a condição financeira da parte Autora (dos anexos);
- 5) Requer a realização de perícia médica a fim de aferir a lesão definitiva do Autor;
- 6) Seja a Ré condenada ao pagamento de custas e honorários sucumbenciais, sendo este último no importe de 20% sobre o valor da condenação.
- 7) A parte Autora informa que não tem interesse na audiência de conciliação.

Protesta provar o alegado por todos os meios probatórios permitidos em Direito, especialmente, pericial e documental.





Dá-se a causa o R\$ 6.412,50 (seis mil, quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
pede deferimento.

Boa Vista – RR, 21 de junho de 2019.

Liliane Raquel de Melo Cerveira
OAB/RR 639





RECIBO

Recebemos da empresa **TECHFRIO IMPORTAÇÃO E COMERCIO LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.191.074/0001-67, a importância de **R\$ 2.500,00 (Dois mil e quinhentos reais)**, referente ao pagamento de mão de obra de pintura em prédio comercial localizado na Av. Mario Homem de Melo, 3841, Bairro Buritis, nesta cidade.

Boa Vista-RR, 08 de março de 2019.

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA
CPF: 001.877.602-76



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº: **12/2018**.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Dezembro de 2018 à 05 de Janeiro de 2019.

Recebido por: Tainá Francisca Cavalcante Malinowski

CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 05 de Dezembro de 2018.



Assinatura do Responsável

Tainá Fca Cavalcante Malinowski

845.711.792-00



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº: **01/2019**.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

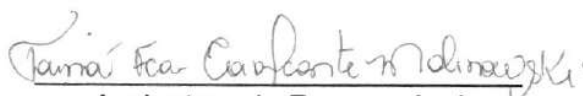
Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Janeiro de 2019 à 05 de Fevereiro de 2019.

Recebido por: **Tainá Francisca Cavalcante Malinowski**
CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 08 de Janeiro de 2019.



Assinatura do Responsável
Tainá Fca Cavalcante Malinowski
845.711.792-00



R\$600,00

RECIBO DE ALUGUEL

Recibo de Aluguel nº: **02/2019**.

Nome do Inquilino: **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**

Endereço da Propriedade:

R: Gal. Penha Brasil, 826 – São Francisco CEP: 69.305-130 – Boa Vista/RR.

Afirmo que recebi do Sr./Sra. **Adriano Kerley Vieira de Sousa**, inscrito no CPF sob o nº: 001.877.602-76 a soma de R\$600,00 (Seis Centos Reais) como forma de pagamento de aluguel Residencial do imóvel descrito acima, para o período de 05 de Fevereiro de 2019 à 05 de Março de 2019.

Recebido por: **Tainá Francisca Cavalcante Malinowski**

CPF nº: 845.711.792-00

Boa Vista – RR 04 de Fevereiro de 2019.



Assinatura do Responsável

Tainá Fca Cavalcante Malinowski

845.711.792-00



TRABALHADOR							
<p>Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Devido à sua importância, e seu devido amparo legal, cabe ao seu titular o cuidado de manter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuindo para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR</p> <p>ESTA CARTEIRA CONTÉM 36 PÁGINAS NUMERADAS</p>							
<div>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO</div> <div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div> <div>PIS/PASEP 134.70732.27-1</div> <div><table><tr><td>NÚMERO</td><td>SÉRIE</td><td>UF</td></tr><tr><td>7100590</td><td>001-0</td><td>PA</td></tr></table></div> <div><p><i>Adriano Rocha Vieira de Sousa</i></p><p>ASSINATURA DO TITULAR</p></div> <div><div></div><div><p>POLEGAR DIREITO</p></div></div> <div></div>		NÚMERO	SÉRIE	UF	7100590	001-0	PA
NÚMERO	SÉRIE	UF					
7100590	001-0	PA					

[illegible]

14	CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO	15
EMPREGADOR.....		EMPREGADOR.....	
COOPERADA.....		COOPERADA.....	
ENDEREÇO.....		ENDEREÇO.....	
MUNICÍPIO.....		MUNICÍPIO.....	
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....		ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	
CARGO.....		CARGO.....	
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....		DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGISTRO Nº.....		REGISTRO Nº.....	
REMUERAÇÃO ESPECÍFICA.....		REMUERAÇÃO ESPECÍFICA.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....		DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....		COM. DISPENSA CD Nº.....	
FOTO Nº DA CONTA.....		FOTO Nº DA CONTA.....	



[illegible]

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0010431-0

000166358

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2017	16/10/2017	266	182,25

ALINE DE ALMEIDA CAVALCANTE
R. GAL PENHA BRASIL 826 1 SAO FRANCISCO
CPF: 00022547878291
CEP: 69.305-130 - BOA VISTA

ROT: 14.001.06.02.008301

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVA/h	Atual:	30/10/2017
25430	266	Anterior:	28/09/2017
Atual:	1,000	Proxima Leitura:	28/09/2017
Anterior:	266	Emissão:	29
Constante de Multiplicação:	266 FCAM	Apresentação:	
Consumo Medido:	NORMAL		
Consumo Faturado:			

RESIDENCIAL MONO DADOS DA LEITURA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste Código Fat. Média 12 meses

CONSUMO 266 A R\$ 0,417389 = 111,02

DIFERENÇA DE TARIFAS 108/10-00 1,03

CORRECAO MONETARIA 108/10-00 16,76

ILUMINACAO PUBLICA

AGO/17 271

JUL/17 271

MAI/17 317

ABR/17 255

MAR/17 295

FEV/17 509

JAN/17 600

DEZ/16 593

NOV/16 627

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 266 - 0,337290

MENSAGENS IMPORTANTES: REAVISO DE VENCIMENTO

08/2017 207,88

reavizados nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar tam-

ben a inclusão do nome do consumidor na SPERA. Informamos

ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no

valor de R\$ 202,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado

o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P

ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO

AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA!

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

7EED.4CB7.4E07.E6A7.63A2.B495.1BCD.4451

RESERVADO AO FISCO 38,08 111,02

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição: 0,00 Base de Cálculo: 18,87

Energia: 0,98 Alíquota ICMS: 0,42

Transmissão: 21,29 Valor do ICMS: 2,00

Encargos: Valor do PIS:

Tributos: Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,55 11,10 22,21 3,55 7,10 14,20 3,20

0,21 1,00 0,21

CENTRO 07/2017 37,06

ROT: 14.001.06.02.008301

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0010431-0

TOTAL A PAGAR - R\$
182,25

MÊS FATURADO
09/2017

VENCIMENTO
16/10/2017

Nº da Nota Fiscal

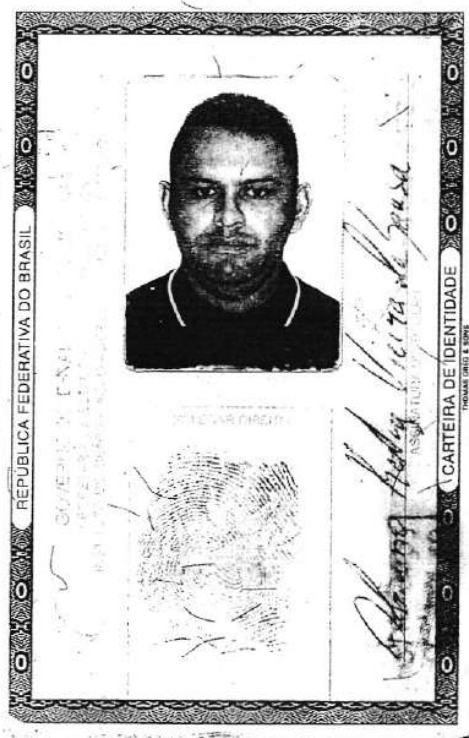
000166358 FCAM

83680000001 7 82250075000 2 00000000010 9 43100917008 2



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	Nº 011387732018
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
VIA	COD. RENAVAM
01	00925063894
NOME/ENDEREÇO	
CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA	
BR 174 APT	
CAUAME Nro:522	
BOA VISTA-RR 69311137	
CPF/CNPJ	PLACA
851.270.511-60	NA04016
NOME ANTERIOR	
BRUNO AGUIAR LOPES	
PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2JC3D707R192739
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN	2007 2007
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
2P/0124CC/	PARTICU
COR PREDOMINANTE	
BETA	
OBSERVAÇÃO	
SEM RESERVA DE DOMINIO - SEM TRIBUTARIO	
* PROIB SAIR ANO DE REGISTRO	
Luiz Eduardo Silva de Castro Diretor Presidente Interno	
LOCAL	DATA
BOA VISTA-RR	19/01/2016
EXPEDICER	

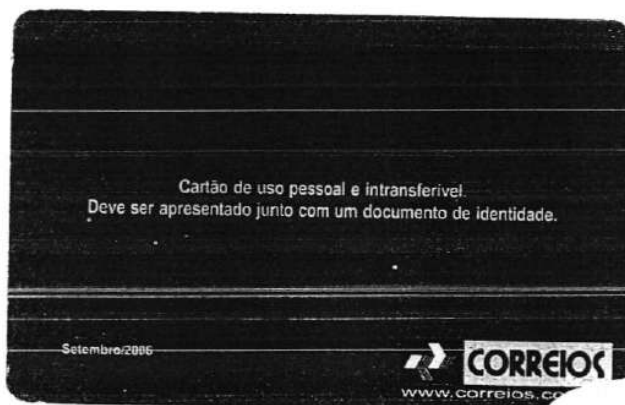




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2360219-8	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/07/2014
NOME	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA		
FILIAÇÃO	ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SOUSA		
NATURALIDADE	SANTAREM-PA	DATA DE NASCIMENTO	16/08/1987
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. N. 65.542 FLS. 186 LV. 160A CART. 3. OF. SANTAREM-PA		
CPF	[assinado digitalmente]		
PAC03-NSD		2A. VIA	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

THOMAS GREEN & SONS





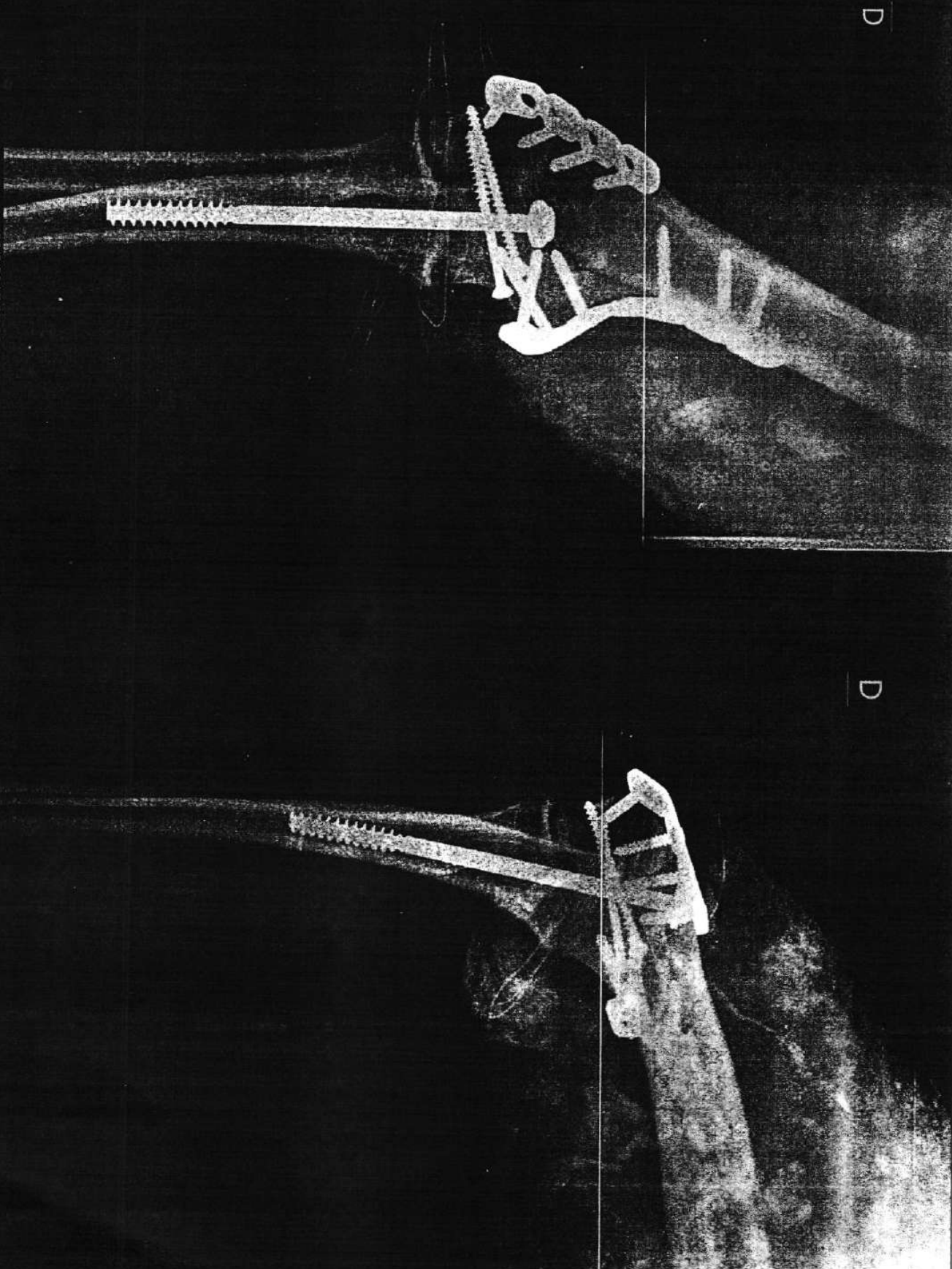
ADRIANO KERLEY
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

61.9%

20/9/2017 07:38:12

57.4%

20/9/2017 07:38:12



SINISTRO 3170650301 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 00187760276

Posição em 02-02-2018 17:15:48

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/12/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Recebo de 2.000,00

*Mensagem
14/02/14*

99171-4247

~~99153-5448~~ (whet?)
99143-2277

FICHA DE ATENDIMENTO												
Unidade: <u>112</u>		Equipe: <u>Tea-Jerky / and. Natalino</u>										
Paciente: <u>ADRIANO KENLEY VIEIRA DOS SANTOS</u>		Idade: <u>30</u>		Sexo: <u>M</u>								
Endereço: <u>R. Bacabeno C/ Ville Roy, Cacarí</u>												
Nº <u>13217</u>		DATA <u>16/09/17</u>		HORA: _____								
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Dr. Nussen</u>												
<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO <u>8/10-0 18:35</u>												
AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítila <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista <input type="checkbox"/> dianteiro Passageiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____			MOTO: <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão <u>moto x cachorro</u> BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão _____			VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____			OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Agressão pl. animal <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>colisão moto x cachorro</u>			
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>E</u>			Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hiperinflamação <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa			Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente			Aval. Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrágia <input type="checkbox"/> Otorrágia <input type="checkbox"/> Rinorrágia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV			
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR				
Início <u>8:5</u>	<u>1</u>	<u>95</u>	<u>20</u>	<u>95</u>								
Fim												
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Penetrante		Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular		Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo		Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento		Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração		
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor		Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <u>possível MSD</u> <input type="checkbox"/> Amputação						
AVANÇADO CARDIO <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filiter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrie <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u> <input checked="" type="checkbox"/> MORTO		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros		
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		<input type="checkbox"/> OUTRO						
Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:												
Iniciada as: _____ Término as: _____												
RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso Obs.:												
DADOS PESSOAIS DA VITIMA												

Atenção: não esquecer de assinar

DESTINO	<input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota	<input checked="" type="checkbox"/> Cosme e Silva <input checked="" type="checkbox"/> HCSA <input checked="" type="checkbox"/> Maternidade <input checked="" type="checkbox"/> Outros
	RECEBER COM O PACIENTE EM 20/10/17 Locais	

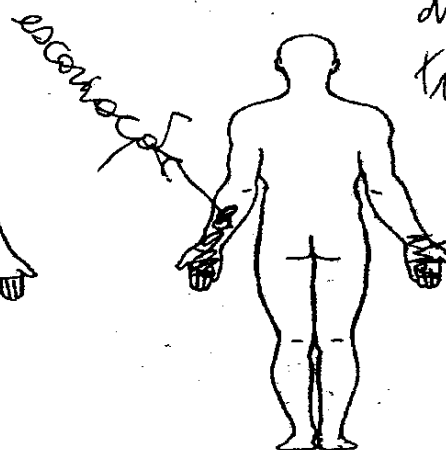
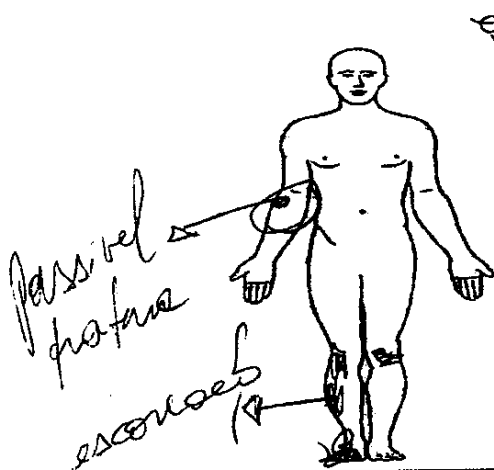
ERTENÇA DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

litina de coxão moto x cachorro encontrado de
de cubito dorsal, verbalizando, orientado, lucido, LOTA
mesmo retirou o capacete, com possível fratura mso
e esboços nos membros mmjt/mmss, feito amobilizar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09	1	
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sístola (mmHg)	0	0	
	Orientado	Balbucia	5		> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				

Protocolo
do trauma
colar cervical
Prancha, abo-
do de UTR
Verificado

SSVU preservado. Info
vindo ao médico regular
dor que influenciou ao
trauma.



téc. Juv
com PR
(342249)

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	01 Equipamento	01 agulha 40;
Perda de líquido: _____	BCF: _____	02 gelos 20	01 amp. Dipiron
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		01 SF 500ml	02 tubos 20ml
		01 compressa	03 efedrina
		no. Serrax 20ml	er...

16/08/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

BLOCO D

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



1700823527	16/08/2017 19:09:50	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	4
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA	16/08/1987	30 A O M O D	700000571101901		150637
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	2360219-8	SSPAM	28/07/2014	M	NAO
Mão				Pai	INFORMADO
MARLETE VIEIRA DE SOUSA				ANTONIO DOMINGOS BRASIL DE SO	(95) 99143-2277
Endereço					Ocupação
AVENIDA - GENERAL PENHA BRASIL - 829 - SAO FRANCISCO - BOA VISTA - RR					NÃO INFORMADA
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Solu.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LUCAS.DANIEL
Queixa Principal					

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Acidente de trânsito de motocicleta
em colisão com poste

Exame Físico

Leste

Hipótese Diagnóstica

Fratura em cotovelo D.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

Prescrição de Analgésico no SAMU

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

- ☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família

Dr. Elias Colares

Cirurgião

1103

Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lucas.daniel
Data Hora: 16/08/2017 19:12:17



1700823527

ortopedia
pet al fratura acidentada humero
apresentando dor + deformidade
cotovelo

pt exatencia de ft
CD= TC aguardar
internar

Dr. Ilerson P. Silva
Médico Ortopedia
Traumatologia e Artr
CRM: 1709

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAI	ATA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---	-----	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Adriano Kerley Vieira de Sousa</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>159637</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>71000000571110A19011</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/08/87</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Marlene Vieira de Sousa</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>9159911432277</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <i>Av. General Pessoa, Brasil, 829, São Francisco</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Boa Vista</i>	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP <i>RR</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>pac. vítima ac. trânsito automobilístico + deficiência colateral rx = fr. costais</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>amfio</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ex rx</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>fratura costais</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>amfio costais</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>MSX</i>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>16/8/17</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Kerley</i> <i>Reumatologia - ORS 1733</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>16/8/17</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>0308010019 - T068</i> <i>V299</i>
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	------------------------	---------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Adriano Karll Viana da Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>159537</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>110005111079101</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/02/77</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Adriana Viana da Silva</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>915991143237</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua ... São ...</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Recife</i>	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>21073</i>
15 - UF <i>PE</i>	16 - CEP <i>51000-000</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com história de ...</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>...</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>...</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>...</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>...</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>...</i>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>16/08/17</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

BLD 404-3_{p2-12}. 404-3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

22.44 143183 76 138.7

do 12:00 Realizado medicacao corpora
quimica medica

Luciano da Silva Vale
Técnico de Enfermagem
ano 221 18

Filia: Marcos de Melo

Cidrio Moraes de Melo
 Rua Enfermeiro
 Wladimir - HK 15415-214 - 042-1144

Luciana da Silva Vale
Técnico de Enfermagem
COREN-RS 630.121 TE

Francisco...
Henrietta...
353.432
HENIR - 353.432

Clínica das Senhoras Soraia Gomes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 418.701 TE

Edirle O. Coelho
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.055.026-TEC

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

Obs: Admitido no setor
às 16:00. procedente do
PANE, deambula afebril
OTE às 17:00, curados da

09:50 h - Realizado curativo. Meibex-loreu 130838;

¹³⁹¹⁴
17/08/17 às 17:00 h aferido sinais vitais, administração
medicações de horário paciente sem queixas até o fim
do plantão AE梅林 com SIO507 AU

13907 administrado medicações de aferido sinais
vitais de horário paciente sem queixas até o término
deste plantão segue aos cuidados da enfermagem
AU-梅林 com SIO507 AU

21: h - Paciente refere dor foi administrado
Dipirone de Horário - enf Janet
C1908166

404-3 / 100-12

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





- Realizado Medicacao 06hrs.



Vízia da Conceição Costa
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 628.963



		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	404-3	DATA	18/08/2017		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)				
14	CURATIVO DIÁRIO				
17	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	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:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160x120	86	36,5
18 H	160x120	96	36,2
24 H	179x103	73	36,5°C

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

6h - PA = 164x100
P = 61
T = 36°C

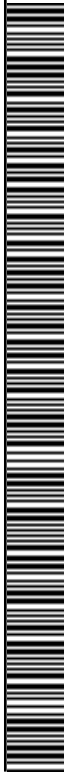
11h - Paciente apresentou quadro hipertensivo realizado com 12. Regueiros com observações de comportamento - Teófilo. Com. RR 081.713


14.45 - Paciente relatou dor, foi administrado medicação do item (3). Teófilo. 12:35 h - Paciente relatou dor intensa; Apresentando quadro hipertensivo, realizado a medicação do item 5 e 12. Teófilo. 1

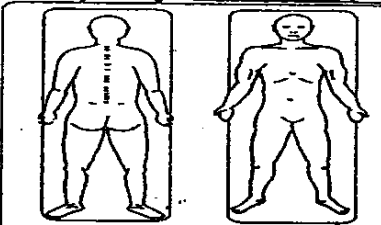


202

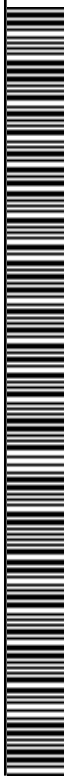
..



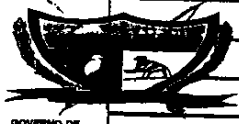

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 4043		

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>			
DATA: <u>18/08/17</u>	Localização / Região <u>M.I.D</u>		DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II X 3X			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: <u>EXCORAÇÃO</u>		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>19/08/17</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Angela</u>	02- <u>Parreira</u>	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			OBS:

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



40
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA	19/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M. ANTER
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13:50 + 22:00				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				NOTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N 13:45
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTINA
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

Obs: Trocado AUP. utilizado
G: 22 em MED. TCC Franciele
Com RR, 151318.

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36.2	19
12 H	150x90	88	36.5	20
18 H	160x100	80	36.5	20
24 H22	140x80	93	36.0	19

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

13.500 Querosen - se de alexa, adminda
depion EV, silvan ter: ura: 11/11/21



Obs: Administrado item
5 às 22:00 e item 6
às 23:00 paciente referiu
dor em MSD. aferido
sinais vitais às 22:00
e 6:00. TCC Franciele
151318



EVOLUÇÃO MÉDICA:

	PA	EC	EC	T
SINAIS VITAIS				
6 H	150/90	80	-	35°C
12 H	170/110	80	20	36°C
18 H	150/90	71	20	36°C
24 H	162x91	72	-	35,5°C

22.10.65 foi realizado levantamento em
parente relação além no local de
bateria. Verificado suas vestes, pedras
do redondear de horário sobre Toca. Correll

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	404-3	DATA	21/08/2017		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				21:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)				06
7	PARALIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
	FALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18					
19	DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
	3UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS				
6 H	140/80	80	36	
12 H	140/80	88	36.2	
18 H	130x90	90	36.1	
24 H	147/91	74	36	



MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 4918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Paciente refere dor e febre item 5 e PM
as 24hs e as 06hs - Leodi

17:00
Paciente refere dor,
frio febre e náusea.
Mãe: família
Celular: 776.767





		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	30 ANOS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM		LEITO	401-3	DATA	22/08/2017
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SD
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				12 20 18h 24 08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				12 20 18h 24 08
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12 20 18h 24 08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SSVV
14	CURATIVO DIÁRIO				18h
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				12 18 24 08
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H	130/95	68	35.9°
12 H	150/90	85	36.3°
18 H	160/85	75	36.5°
24 H	145/85	68	36°C

FF: presente

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

2:20 Pac refere dor em MSD administrado dipirona + tramal de Rosário.
8h Paciente refere dor, administrado item 5

Marcelo Marques
Técnico em Radiologia
COREN 910.000





401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	23/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				21:40 15:00 20:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				20:30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20:30
10	SSV + CCGG 6/6 H				SSV 1
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				20:30 16:00
14	CURATIVO DIÁRIO				12:00 24:00
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

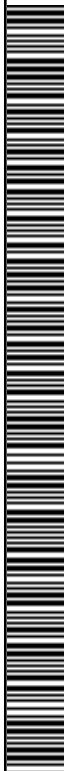
SINAIS VITAIS			
6 H	170/110	63	36,8°
12 H	NUNCA		
18 H	160/90	86	36,6°
24 H	160/90	80	36,6°


MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

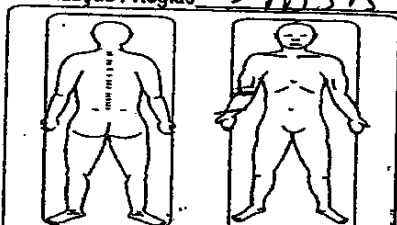
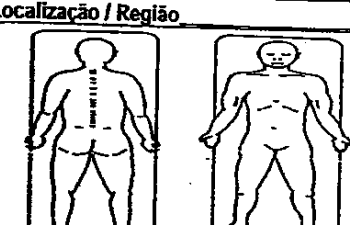
21:30
Obs: Paciente sofre dor, adm.
Dipirona C.P.M. Ter. Valdele
387479

06:00 paciente sofre dor,
adm. Dipirona e PA: 170/110 Valdele
adm. captopril C.P.M. Ter. Valdele 387479

17:30 Paciente em repouso no leito
sem feixes durante o plantão.
feito medicação + SSV. Se fosse
da enfermeira



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015				
	ENF/LEITO: 401-3				



Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>					
DATA: <u>23/08/17</u>	Localização / Região: <u>Dorsal</u>		DATA:	Localização / Região:	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>Moderado</u> <input type="checkbox"/> Não		Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Briatan Ag</u>		Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>26/08/17</u>		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		
Enfermeiro e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>César</u>	02- <u>Adenilde</u>	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:			OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



(coleta
4:20
25/8/17)

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	24/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				24
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24
10	SSVV + CCGG 6/6 H				24
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				24
14	CURATIVO DIÁRIO				24
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				24
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS					
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

	T	D	P.A
SINAIS VITAIS			
6 H	36,2°C	82	150x90
12 H	36,2°C	86	146x91
18 H	36,2°C	79	130x99
24 H	36,2°C	84	200x100

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

24.4.5
Paciente necessita mais de
uma tentativa para o acesso venoso.
Nesse venoso.

Tec. Inani.
24h - PA: 200x100, adm. medicação
cpm. ITEM (42)
Deixou - se de dor. Adm medicação cpm.
- 12.11.17 - remane.



4013

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	25/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				-
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <i>23/08/17</i>				SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SW <i>10</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
10	SSV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SW
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS <i>12 18 24 06</i>				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

10:00 - Administração Tramal 2 p.m; Paciente queixando-se de dor intensa; Segue sob cuidados da Enfermeira, Ane

SINAIS VITAIS				
6 H	152x99	66	35°C	-
12 H	160x113	82	36°C	-
18 H	160x80	82	36,2°C	20
24 H	154x90	80	36,5°C	-

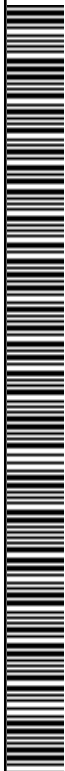
MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

11hs - Paciente apresenta dispnoia e tosse seca. Segue sob cuidados da Enfermeira - Tereza com 081713



18hs - Pac. no leito, realizado procedimentos de higiene SSV, adm. med. epm. Segue sob cuidados da enfermagem

23/08/17 - Administração medicação de rotina, verificada pulso, telex. Administração de dipirona no horário das 23h06h queixando-se de dor. Sinais vitais: corar 41/76/71

rec. (B)



401.3. W

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
		16/ago			
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
30 ANOS		401-3		26/08/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			SN	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN	
14	CURATIVO DIARIO			SN	
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS			SN	
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS			SN	
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 151/94	59	36°	
12 H 140/90	403	36°	16
18 H 120/62	84	36°	
24 H 159/100	80	36,5°	

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Plantão Matutino: pac em repouso no leito, acordado, orientado. Mantém
AVP em MD(E), adm. med. com. Sem queixas no período. Segue
sob cuidado da equipe de enfermagem. — Reclamação.

401-3



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	28/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				evolução
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS. D3				10/22
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3				12/18 24/06
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					
ATA Hospitalar					

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



401.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNOSTICADA TEMPERATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
AL		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ID	40 ANOS	LEITO	401-3	DATA	27/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				antes
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				20.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rokna
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2				
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2				10.22
18	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				18.29.06
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
 AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

22.00. Trocado AUP utilizado
 0.22 em MID. Tê Francisca
 com RR 151317

SINAIS VITAIS	PA	EC	T	FR
6 H	140/90	62	36°C	19
12 H	138/100	86	36.5°C	18
18 H	157/99	81	36.5°C	19
24 H 22	140/91	85	36°C	19

MÉDICO: MARCELO MARQUES
 CRM: 4918
 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Obs: Administrado medicações conforme
 prescrição das 19:00 as 7:00. e após
 do sinais vitais as 22:00 e 6:00.
 Sem intercorrência. Tê Francisca
 com RR 151318.

OST. INI
RGIA
ADE





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Kenley Vieira, 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/09/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fx corvula

NO DIA 18/09/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese fx corvula SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montalvão E DR. Vitor Pinheiro.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17, ÀS 10:00h., EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/17, ÀS 08:00h., COM O
DR. ENRIQUE BRUNO

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. Marcus

BOA VISTA, 20/09/17

Dr. Marcus Brunho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 194770
MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2017 12:40 Data/Hora Fim: 27/11/2017 13:00
Origem: Polícia Judiciária Data: 27/11/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/08/2017 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Ville Roy

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Padaria Trigos
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Santarém Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Marlete Vieira de Sousa Nome do Pai: Antonio Domingos Brasil de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2360219-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.877.602-76

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: General Penha Brasil Nº: 826 Complemento: Casa
Bairro: São Francisco
Telefone: (95) 99143-2277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0925063894	Placa NAO4016
Número do Chassi 9C2JC30707R192739	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 27/11/2017 13:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta, também já descrita acima, onde a mesma está no Nome de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, CPF 851.270.511-68, no sentido bairro - centro, onde colidiu em cachorro. Que perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR por uma equipe do SAMU, onde foi constatada a fratura de seu cotovelo direito. Que no local não teve atendimento policial. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

27 NOV. 2017


Adriano Kerley Vieira de Sousa
(Comunicante / Vítima)

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

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, pintor, portador da Cédula de Identidade nº 2360219-8 SSP/AM, inscrito no CPF sob o nº 001.877.602-76, residente e domiciliado na Rua General Penha Brasil, nº 826, Bairro: São Francisco, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 26 de Dezembro de 2017.

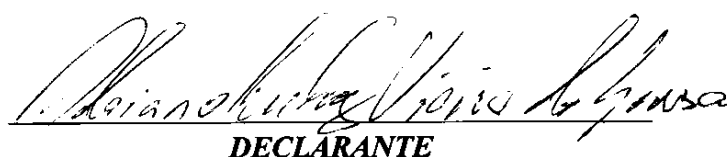

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, pintor, portador da Cédula de Identidade nº 2360219-8 SSP/AM, inscrito no CPF sob o nº 001.877.602-76, residente e domiciliado na Rua General Penha Brasil, nº 826, Bairro: São Francisco, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 26 de Dezembro de 2017.


DECLARANTE





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

Nome Completo da Vítima: Adriano Kerley Vieira de Sousa CPF da Vítima: 001.977.602-76 Data do Acidente: 16/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Bom Vista, 04 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adriano Kerley Vieira de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

21/06/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 21/06/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 1ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

21/06/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 21/06/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 21/06/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 21/06/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

24/06/2019: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 24/06/2019

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



RORAIMA
PODER JUDICIÁRIO
Comarca de Boa Vista
Primeira Vara Cível

DECISÃO
(50012 - concessão pedido - assistência judiciária)

Defiro o requerimento para concessão do benefício da gratuidade judicial em favor da parte autora.

Nos termos do artigo 4º do CPC, em respeito ao princípio da celeridade processual, da razoável duração do processo, bem como da economia processual, deixo de designar audiência preliminar, posto que em ações tais a experiência mostra-nos que, em sua grande maioria, a conciliação não se efetiva. Ademais, mister consignar que a autocomposição pode ser ou requerida pelas partes a qualquer tempo (art. 139, V, do CPC).

Cite(m)-se e intime(m)-se o(s) Réu(s) por meio eletrônico. O prazo para contestação (quinze dias úteis) será contado a partir da citação. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Diante da dicção do art. 214, §1º, do CPC, se apresentada defesa antes do escoamento do prazo, considero formada a lide.

Com fundamento nos arts. 6º e 10º, do Código de Processo Civil, faculto às partes o prazo comum de quinze dias para que apontem, de maneira clara, objetiva e sucinta, as questões de fato e de direito que entendam pertinentes ao julgamento da lide, observado que o Juízo já entende como fato a ser provado a existência do acidente, da lesão, seu grau e o nexo de causalidade.

1ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista (RR)
Decisão/Despacho

Quanto às questões de fato, deverão indicar a matéria que consideram incontroversa, bem como aquela que entendem já provada pela prova trazida, enumerando nos autos os documentos que servem de suporte a cada alegação.

Com relação ao restante, remanescendo controvertida, deverão especificar as provas que pretendem produzir, justificando, objetiva e fundamentadamente, sua relevância e pertinência.

O silêncio ou o protesto genérico por produção de provas serão interpretados como anuência ao julgamento antecipado, indeferindo-se, ainda, os requerimentos de diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Quanto às questões de direito, para que não se alegue prejuízo, deverão, desde logo, manifestar-se sobre a matéria cognoscível de ofício pelo juízo, desde que interessem ao processo.

Com relação aos argumentos jurídicos trazidos pelas partes, deverão estar de acordo com toda a legislação vigente, que, presume-se, tenha sido estudada até o esgotamento pelos litigantes, e cujo desconhecimento não poderá ser posteriormente alegado.

Registre-se, ainda, que não serão consideradas relevantes as questões não adequadamente delineadas e fundamentadas nas peças processuais, além de todos os argumentos insubsistentes ou ultrapassados pela jurisprudência reiterada.

Após as respectivas manifestações ou decorridos os prazos, venham os autos conclusos para decisão saneadora em agrupador DPVAT.

Cumpra-se.

Data e hora registradas em sistema.

Bruno Fernando Alves Costa
Juiz de Direito



25/06/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 25/06/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019)

Por: MOISES TELES JESUS NETO

Data: 25/06/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL

Complemento: Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019 13:56:43).

Identificador do Cumprimento: 0001.

Por: MOISES TELES JESUS NETO

Relação de arquivos da movimentação:

- certidão

CERTIDÃO

Certifico que, hoje, não foi possível efetuar CITAÇÃO ON-LINE; houve erro no cadastramento do advogado da parte no sistema impossibilitando, neste momento, realizar o procedimento de citação.

Data e hora no sistema

Moisés T J Neto

mat 3010257



27/06/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 27/06/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 27/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA

Data: 20/07/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- DOCS
- DOCS
- DOCS
- DOCS
- KIT SEGURADORA

2617778- C3/ 2019-03525/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08191156420198230010

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/08/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/11/2017**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 27/11/2017 após MAIS DE 3 (TRÊS) MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/08/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

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

Comprovante de pagamento:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/12/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000051946-7

Nr. da Autenticação B83DCED6FD016E8C

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO



Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/08/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 7.087,50 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA INDENIZAÇÃO RECEBIDA EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO

Informar-se, ainda, o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativa foi regulado sob o **nº. 3190032931**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 17/08/2018.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, invalidez com repercussão de 50% no JOELHO DIREITO.

Deste modo, em que pese não haver qualquer relação de causalidade entre a referida invalidez e o sinistro discutido nestes autos, caso se quebre a lógica exposta, e eventual perícia venha a indicar esta mesma invalidez, deverá ser considerado pagamento já efetuado para fins de abatimento.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

⁸art. 1º. (...)

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 3 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXWH RN539 9P5Y9 X7VSU



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RR 451-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08191156420198230010.

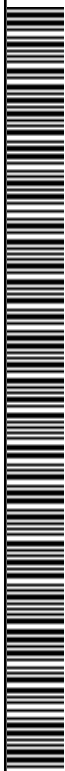
Rio de Janeiro, 3 de julho de 2019.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00653
CONTA: 000000051946-7

Nr. da Autenticação B83DCED6FD016E8C

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSFW XKUL5 F84LH YB7WB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170650301 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EM COTOVELO A DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO SUPERIOR DIREITO: ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E DEFICIT DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU FRATURA EM COTOVELO A DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO POR IMOBILIZAÇÃO GESSADA, POSTERIORMENTE FOI REALIZADO CIRURGIA COM USO DE PARAFUSO E PLACA, TRATAMENTO COMPLEMENTADO COM FISIOTERAPIA. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO PARA ABDUÇÃO E ALTERAÇÃO ANATÔMICA DECORRENTE DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2017

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU INTENSO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua General Penha Brasil 826 São Francisco

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 001.877.602-76

Data e local do exame: Boa Vista/RR, 26/12/2017

Resultado da Avaliação Médica

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

Vítima de acidente de moto com fratura do cotovelo direito. Apresenta alteração anatômica decorrente de consolidação viciosa, sinais de artrose na articulação, diminuição do MSD em consequência da diminuição do arco de extensão do membro e limitação no movimento de abdução e diminuição da força muscular e sinais de hipotrofia muscular leve

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

* Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.

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

* Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).

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

Vítima fez inicialmente imobilização com tala gessada por quase 30 dias e posterior cirurgia com colocação de parafuso e placa, fez fisioterapia, alta em novembro/2017

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

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

Déficit funcional acentuado do MSD decorrente de alteração anatômica e limitação acentuada dos movimentos.

* Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

☐ "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela): Membro superior D

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve ☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

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

☐ Total = "100% da IS"

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


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR	Nº 011387732018
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
VIA	DOO. RENAVAM
01	00925063894
NOME/ENDEREÇO	
CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA	
BR 174 -APT	
CAUAME Nº01522	
RUA VISTA-RR 69311137	
CNPJ/CPF	PLACA
951.270.511-68	HA04016
NOME ANTERIOR	
SAULO AGUIAR LOPES	
PLACA ANT/UF	CHASSI
	VC2JC39707R192739
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAC/MOTOCICLETA/NAU APLIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FOR	2007 2007
CAP/PO/ML	CATEGORIA
2P/0124007	PARTICU
COR PREDOMINANTE	
BETA	
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DORNA	
* PROIB SAIR AR	
TRIBUTARIO	
LOCAL	DATA
RUA VISTA-RR	19/01/2016

ÁREA DE SIG. 103 - P
CONTEÚDO





Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12193407

A/C: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170650301
Vitima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
Data do Acidente: 16/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000051946-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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

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


Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

0072

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CANTIA SELENA FRACALLOSI DE MELO



DOCUMENTOS E REGISTROS
403449 - 4558 - RJ
CPF: 421.026.772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972
RELACAO
JUNILSON FRACALLOSI
MARIA ANA FRACALLOSI
FILIAÇÃO
MATERNA: [] PATERNA: []
NOME: [] SOBRENOME: []
NASCIMENTO: 06/10/2013 DATA: 11/07/1991
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 059074510

PROJUDI PLASTICAR 059074510

SEÇÃO OBSERVAÇÃO

Cantia Selena de Melo

ASSINATURA DO IDENTIFICADO

LOCAL: SACAD, RJ DATA EMISSÃO: 12/11/2008
4501889811
RJ0000228650

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

AREA DE S
CONTEI

... Gula de Atendimento 02 ...

DOCUMENTS OF THE HOUSE OF REPRESENTATIVES

AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

120023527

Ata de

Pet. 01 Ata de Ata de Ata de
Ata de Ata de Ata de Ata de
Ata de Ata de Ata de Ata de


Ata de

Ata de

Ata de

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM: 1743



		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	- LAII -		ATA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO						4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE						159637	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO	
2100000157111071901						16/08/87	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL						11 - TELEFONE DE CONTATO	
Marlene Zuzana de Souza						9199911432277	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						13 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Av. General Rondonia Brasil, 829, São Francisco						15 - UF	
Boa Vista						16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
pet. extinta oc. transt. q. post. do dor + deficiência col. p. r. = fr. costal						ÁREA DE SINISTROS - P. 1	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						amfio	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						EF FV	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO						21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
fratura costal							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
amfio costal							
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
				() CNS () CPF		4111	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
MSX				16/8/17		Pneumologia e Cirurgia RBM: 1733	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)						37 - Nº DO BILHETE	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA		36 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA						43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO						47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
() CNS () CPF							
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
16/8/17						T068 V299	

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	---------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Adriano Karlos Vinicius de Souza</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>159537</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>1100071107901</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>16/02/77</i>
9 - SEXO <i>M</i>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Adriana de Souza</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO <i>915991193219</i>	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua da Paz, 134, São Tarcio</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Praia Grande</i>	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO <i>RN</i>
15 - UF <i>RN</i>	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com história de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação, apresentando quadro de dor torácica, dispnéia e tosse.</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>cardíaca</i>	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ECG</i>	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Infarto do miocárdio</i>	
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>cateterismo</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. João Alves Barbosa Filho</i>	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>16/08/19</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAVEJO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

BLD 404-3_{p2-12}. 404-3

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Obs: Admitido no setor às 16:00 procedente do PAPE, deambula aférril e agitado.

09:50 h - Redigado curativo. Miller-Loren 130838.
17/08/17 às 17:00 h apêndice anexa dicta! Administrativa
medicinas de honório paciente sem quisesse até o fim
do plantão. At. Menilene com 510509 auar
1907 administrado medicamentos de apêndice anexa
vital de honório paciente sem quisesse até o término
deste plantão segue aos cuidados de enfermeiros
At. Menilene com 510509 auar
21: h - Paciente repete odoia por adiantado
24/11/19 de Honório - At. Joret
C1908505

404-3

P2-12

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		16/8/19	
PACIENTE	adriano K. V. de Souza						
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS	HAS		DM2				
IDADE	LEITO		DATA		16/08/19		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF0.9% 500ML EV DE 8/8HS						
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					SUSPENSÃO	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H						
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA						
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H					12:00 18:00	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h					3:00	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					3:00	
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H					3:00	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					3:00	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					3:00	
13	CURATIVO DIÁRIO					curativo	
14	SSV + CCGG 6/6 H						
15	solicito exames pré-op. cliente						
16							
17							
18							
19							
20							
21							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
ÁREA DE SAÚDE: ORT. DE							
CONTEÚDO:							
medicações dos 20 às 24							
FC: 40 PA: 160x90 T: 37,0C							
* Realizado curativo, RX e ECG							
Tandara A. de Souza Dutra							
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA.							

- Realizado Medicacao O6hrs.



Vania da Conceição Costa
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 628.963



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA	18/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				14:55 24:10 6:20
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE DOR INT				24:10 6:20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24:10 6:20
10	SSVV + CCGG 6/8 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)				24:10 6:20
14	CURATIVO DIÁRIO				
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SERVIÇO
CONTÉÚDO

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	160x100	86	36,5°C
18 H	160x100	96	36,2
24 H	179x103	73	36,5°C


MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1818
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

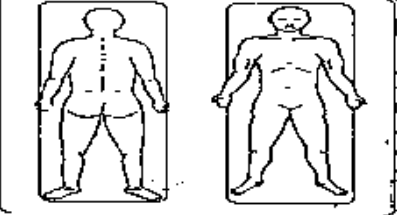
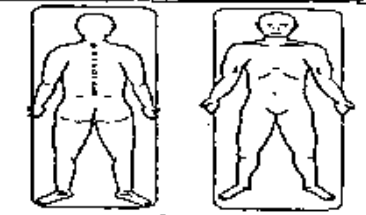
6h - PA = 164x100
P = 61
T = 36°C

11h - Paciente apresentou quadro hipertensivo moderado com 12. Regue os dados com observações de temperatura - Te Sugarc. Com RR 081.713

14.45 - Pac. relatou dor, foi administrada medicação do item (3). Te. glic. 22:35 h - Pac. relatou dor intensa. Apresentando quadro hipertensivo, realizado a medicação do item 5 e 12. Te. huxabet.





	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 4043		

Nome: <u>Adriano Kerley V. de Souza</u>			
DATA: <u>18/08/17</u>	Localização / Região: <u>O.M.I.D</u>	DATA:	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>X 3X</u>		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: <u>exoneração</u>		
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>19/08/17</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Rozângela</u>	02- <u>Raimon</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ÁREA DE SIGNATÓRIOS - PE CONTEÚDO: _____ </div>		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

40
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	16/ago	DN		
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE COTOVELO DIREITO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3	DATA	19/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M ANTER
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 13:50 + 22:00				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				S/N 23:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				NOTA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N 13:45
14	CURATIVO DIÁRIO				NOTA
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SUSP
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SIGNIFICADO
CONTEÚDO



Obs: Trocado AUP. utilizado
G: 22 em MSD. Tcc Francielly
Carm R.R. 151318.

SINAIS VITAIS				
6 H	140x90	92	36.2	59
12 H	150x90	88	36.5	22
18 H	160x100	80	36.5	20
24 H22	140x80	93	36.0	59

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

13.50h Queixou-se de alergia, administrado
dipirona EV, Sinais vitais: 140x90

Obs: Administrado item
5 às 22:00 e item 6
às 23:00 paciente referiu
dor em MSD. Sinais
vitalis às 22:00
e 6:00. Tcc Francielly
Carm R.R. 151318

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago
PACIENTE		ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA	
AGNÓSTICO		FRATURA DE COTOVELO DIREITO	
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	30 ANOS	LEITO	404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		mark
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N 22-10T 0600L		SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H		SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		SN
14	CURATIVO DIÁRIO		SN
17	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		SN
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:		
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,		
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS			
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ÁREA DE SINOPSE CONTEÚDO </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> SINAIS VITAIS </div>			
6 H	PA 150/40	FC 80	FR -
12 H	PA 120/110	FC 80	FR 20
18 H	PA 150/90	FC 71	FR 20
24 H	PA 162x91	FC 72	FR -
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> MÉDICO: MARCELO MARQUES CRM: 15118 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. </div>			

22.10.16 Foi realizado duplo exame físico paciente relatou dor no local da fratura. Verificado sinais vitais, sendo as medições de pressão arterial 150/90.



GOVERNO DO RODÁDIA RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/ago		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA							
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO							
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		30 ANOS		LEITO		404-3	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA		21/08/2017	
1		DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO		SND	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		SND		MANTER	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		SND		MANTER	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h (SE DOR INT)		SND		MANTER	
7		PARASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SND		MANTER	
10		SSVV + CCGG 6/6 H		SND		MANTER	
12		CAPTOPRIL 25MG VO (SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG)		SND		MANTER	
14		CURATIVO DIÁRIO		SND		MANTER	
17		FALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		SND		MANTER	
18		DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).		SND		MANTER	
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:		SND		MANTER	
20		4UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,		SND		MANTER	
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		SND		MANTER	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SIGNATURAS
CONTEÚDO DO DOCUMENTO

13/08/2017

SINAIS VITAIS			
6 H	140/80	80	36
12 H	160/80	88	36.2
18 H	130x90/90	36.1	
24 H	147/92	74	36

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Paciente refere dor e forad item 5 e PM
as 24hs e as 06hs - Leadi

Paciente refere dor,
dito difusa.
de família
com: 776-767

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA					
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	22/08/2017
ITEM PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORARIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				20
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				12 20 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				12 20 24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12 20 24
10	SSVV + CCGG 6/6 H				12 20 24
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE HAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12 20 24
14	CURATIVO DIÁRIO				12 20 24
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				12 20 24
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, 8EG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINISTROS - D
CONTÉUDO

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 130/95	68	35.9	
12 H 130/90	85	36.3	18
18 H 130/90	85	36.3	18
24 H 130/90	85	36.3	18

FF: presente

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12:20 Pac refere dor em MSD Administrado dipirona
+ tramal e Roscarin.
Paciente refere dor. Administrado item 5

Marcelo Marques
Técnico em Radiologia
COREN 470.000

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	23/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				12:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				21:40
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				50
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				10:00
14	CURATIVO DIARIO				12:00
	CEFALOTINA 1G EV. 8/6 HORAS				12:00
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINUSITIS
CONTEÚDO

SINAIS VITAIS			
6 H	170/110	63	36,8°
12 H	NUNCA		
18 H	160/90	86	36,6°
24 H	160/90	80	36,0°

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

21:30
OBS: Paciente refere dor, adm.
Eupneico C.P.M. Tec. Valdete
387479

06:00 paciente refere dor,
adm. Eupneico e PA: 170/110
C.P.M. Eupneico C.P.M. Tec. Valdete
387479

17:30. Paciente em repouso no leito
sem feixes durante o plantão.
feito medicação + SSVV. Se fosse
da enfermeira



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: 401-3		

Nome: <u>Adriano Ferley V. de Souza</u>	
DATA: <u>23/08/17</u>	Localização / Região: <u>DOSA</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim, Moderada <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Baustan Ag</u>
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Em caso de + de 24hs	<u>26/08/17</u>
Enfermeiro e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Cesar</u> 02- <u>Adriana Ide</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- _____ 02- _____
OBS:	OBS: <u>AREA DE SUPORTE</u> <u>CONTEÚDO</u>

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CouvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

(coleta 4:20 25/8/17)

401
3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
		16/ago			
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
30 ANOS		LEITO		NEGA	
		401-3		DATA	
				24/08/2017	
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS					
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					
ÁREA DE SAÚDE CONTENÚDO					

SINAIS VITAIS	T	P	P.A
6 H	36,2°C	82	150X90
12 H	36,2°C	86	146X91
18 H	36,2°C	89	130X99
24 H	36,2°C	84	200X100

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Paciente necessita mais de
uma tentativa para o acesso venoso.
5/11/2017

Tec. Trau.
24h - PA: 200X100, adm. medicaç.
cpm. ITEM (12)
24h - Se de dor. adm. medicaç. cpm.
- remediação.



4013

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
16/ago		16/ago		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS					
HAS		NEGA		DM2	
LEITO		401-3		DATA	
30 ANOS		25/08/2017			
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SMD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SMD
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <i>23:30</i>				SMD
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SMD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SMD
10	SSVV + CCGG 6/6 H				rotine
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SMD
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
17					
18	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				
19					
20					

ÁREA DE SAÚDE DO
CONTEÚDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

10:00 - Administração Tramal 2 p.m, Paciente queixando-se de dor intensa; Segue aos cuidados da Enfermeira, ANC

SINAIS VITAIS				
6 H	154x99	66	35°C	-
12 H	160x113	82	36	-
18 H	140x80	82	36,2°C	20
24 H	164x90.1	80	36,5°C	-



MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

13h - Paciente apresenta dispnoia e saturação de oxigênio 92%. Segue aos cuidados da Enfermeira - Tábora com 021 713

18h - Pac. no leito, realizado procedimentos de rotina SSVV, adm. med. epm. Segue aos cuidados da enfermagem

rec. (B)

4013. W

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH.		16/ago	
		DN			
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		30 ANOS		LEITO	
		401-3		DATA	
				26/08/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			S/N
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			rotine
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			S/N
14		CURATIVO DIÁRIO			
		CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS			
17		CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS			
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:			
20		6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,			
		GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

ÁREA DE SINOPSE
CONTEÚDO



03 DEZ 2017

SINAIS VITAIS PA	FC	T	FR
6 H 151/94	59	36.5	
12 H 140/90	403	36	16
18 H 140/62	84	36.5	
24 H 159/100	80	36.5	

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Plantão Matutino: pac em repouso no leito acordado, orientado. Mantém
boa em med. adm. mod. cm. Sem queixas no período. Segue
sob cuidado da equipe de enfermagem. Fechadura.

401.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	27/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN D
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <i>20.00</i>				<i>antes</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rokna</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110.MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D2				
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D2				<i>12.18 29.06.</i>
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A,A,A. SEM QUEXAS ALGICAS
AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO

*22.00 Trocado A.V.P. utilizado
6.22 em MID. Tce Franciele
com RR 151318*

ÁREA DE SERVIÇOS - P
CONTEÚDO



	PA	PC	IT	FR
SINAIS VITAIS				
6 H	140/90	62	36°C	17
12 H	168/100	86	36.5°C	18
18 H	152/99	81	36.5°C	19
20 H	140/91	85	36°C	19

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*Obs: Administrado medicações conforme
prescrição das 19.00 as 7.00. e aferi-
do sinais vitais as 22.00 e 6.00.
Sem intercorrência. Tce Franciele
com RR 151318.*



2401-3

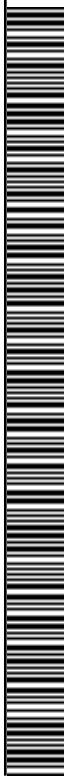
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/ago	DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FRATURA SUPRAINTRACONDILEANA DIREITO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	30 ANOS	LEITO	401-3	DATA	28/08/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV
7	PLASIL 10,mg EV 8/8h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				10h
	CIPROFLOXACINO 400MG EV. 12/12 HORAS D3				10h
17	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3				10h
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SE ENCONTRA NO LEITO; EUPNEICO, BEG, LOTE, A.A.A. SEM QUEXAS ALGICAS AGUARDANDO O PROCEDIMENTO CIRURGICO					

ATA Hospitalar

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO: MARCELO MARQUES
CRM: 1918
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

ÁREA DE SIN...
CONTEÚ...





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Kenley Vieira 30 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 11/09/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fx condilo @

NO DIA 18/09/17 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE fx condilo SENDO

OPERADO PELO DR. Vitor Montalvão E DR. Vitor Amaral

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20/09/17 AS 10:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/17 AS 08:00h, COM O
DR. ENRIQUE BRUNO

ÁREA DE SINCRONIZAÇÃO
CONTEÚDO DA ATIVIDADE

ORIENTAÇÕES GERAIS:

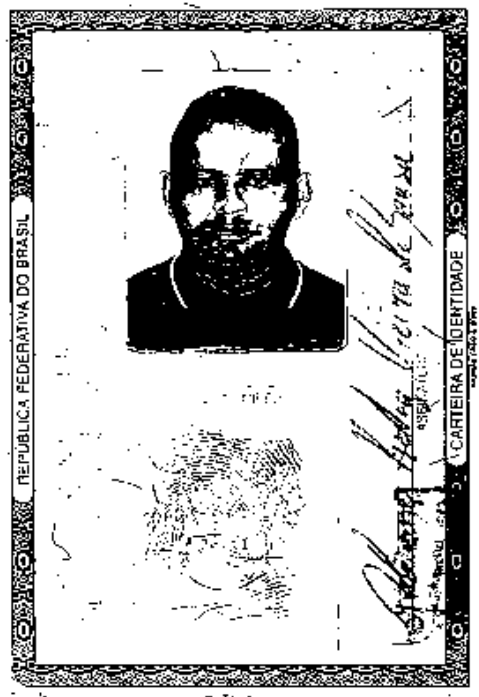
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcus

BOA VISTA,

20/09/17

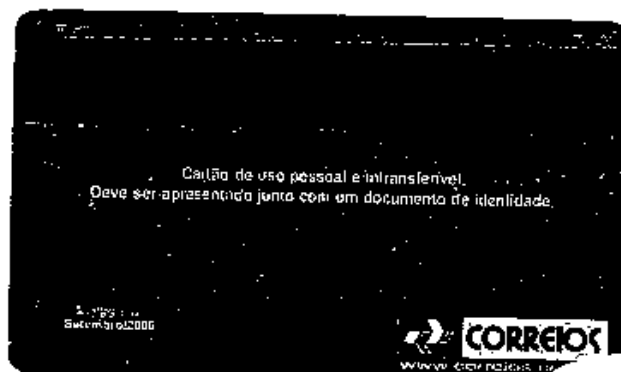
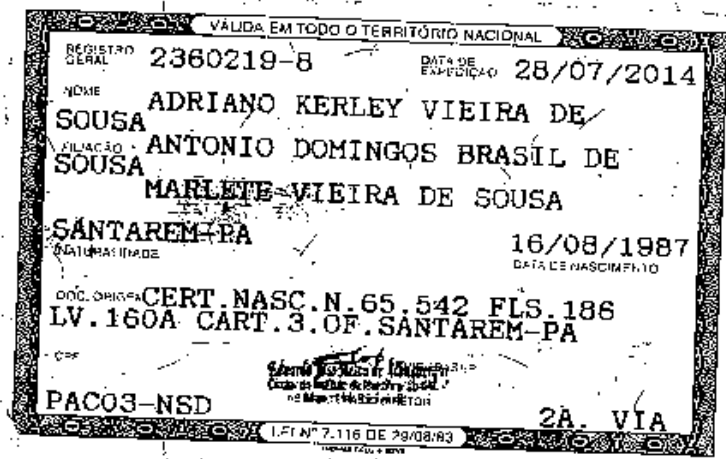
Dr. Marcus
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18444
MÉDICO



ÁREA DE SIMS - POS - P
CONTEÚDO

9 de Dez 2017





Jânia Helena
(95) 99139-8405
3224-6579

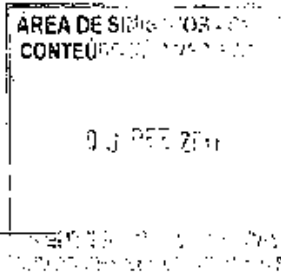


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Miro VESÂNCIO DE LIMA,
RG nº 125446, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/TO, portador do CPF nº 851.270.511-68, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
BR 174, nº 522.

complemento Canaima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano Kerley V. de Sousa, cujo o condutor era
Adriano Kerley Vieira de Sousa.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda / CG 125 FAN
Ano: 2007
Placa: NAO 4016
Chassi: 9C2JC30707R 192739
Data do Acidente: 16/08/17
Local e Data: Boa Vista, 20/11/2017



Claudio Miro VESÂNCIO DE LIMA
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 001.877.602-76	Nome completo da vítima Adriano Kerley V. de Sousa
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Adriano Kerley Vieira de Sousa		CPF titular da conta 001.877.602-76	Profissão Tutor
Endereço R: GAL. Penha Brasil		Número 726	Complemento
Cidade Boa Vista	Cidade Boa Vista	Estado Roraima	CEP 69.305-130
País Brasil		Telefone (DDD) 95	Telefone 99153-5438

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto 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			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ 0653 (Informar dígito se existir)	D/V 51946 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRQ 7 (Informar dígito se existir)	D/V 7 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, 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, 04 de Dezembro de 2017
Local e Data

Adriano Kerley Vieira de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

[illegible]

<p>Atendimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Coronel Mota</p>	<p><input type="checkbox"/> Cosme e Silva</p> <p><input type="checkbox"/> HCMA</p> <p><input type="checkbox"/> Maternidade</p> <p><input type="checkbox"/> Outros</p>
	<p>20.10.17</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>

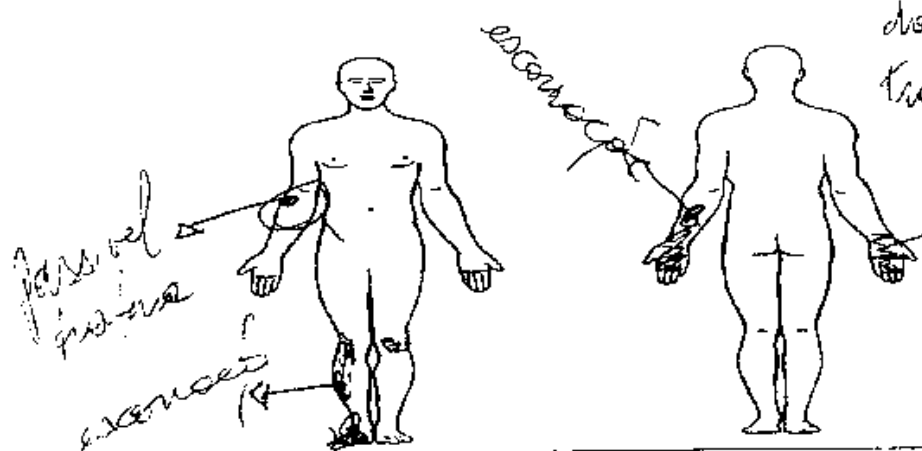
<p>ERTENÇA DO PACIENTE</p>	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
<p>TERMO DE RECUS</p>	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Última de colégio moto x cadeirões encontrados de de cubito ~~dorsal~~, verbalizando, orientado, lucido, loto e mesmo noticiou o capote, com possível fratura mso e escorço nos membros mmms/mmss, feito imobilizar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA						
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (respir./min)	10 - 24		4			
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35 <th rowspan="5">3</th>			3		
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36 <th rowspan="5">2</th>				2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09 <th rowspan="5">1</th>					1
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1							
Resposta Verbal	Orientado	Belibucle	5	Pressão Sistólica (mmHg)	0		0			
	Confuso	Choro irritado	4		> 80			4		
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3		70 - 99				3	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		50 - 69					2
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49					
Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	0		0			
	Localiza a dor	Retira o toque	5		14 a 15			5		
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13				4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		6 a 10					3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7					
Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4		1					
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA						

15

SSUV preservado. inferido ao médico regular dor que incorreu no trauma.



possível fratura

exame

exame com RX (342249)

<p>GESTANTE</p> <p>IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____</p> <p>Perda de líquido: _____ BCF: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão</p>	<p>MATERIAL E MEDICAÇÃO</p> <p>01 grupo mcrs</p> <p>01 gelco 20</p> <p>01 SF 500ml</p> <p>01 compressa</p> <p>01 seringa 20ml</p>	<p>01 agulha 40x</p> <p>01 amp dipirona</p> <p>02 tetrat 200g</p> <p>02 cefaduro</p>
---	--	--



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/11/2017 12:40 Data/Hora Fim: 27/11/2017 13:00
Origem: Polícia Judiciária Data: 27/11/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/08/2017 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Ville Roy

Bairro: Nossa Senhora

Ponto de Referência: Padaria Trigos
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA (COMUNICANTE - VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Santarém Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1987
Profissão: Pintor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Mariete Vieira de Sousa
Nome do Pai: Antonio Domingos Brasil de Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2360219-8
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.877.602-76

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: General Penha Brasil Nº: 626 Complemento: Casa
Bairro: São Francisco
Telefone: (95) 99143-2277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 0925063894	Placa NAO4016
Número do Chassi 9C2JC30707R192739	Ano/Modelo Fabricação 2007/2007
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN
Modelo HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Adriano Kerley Vieira de Sousa	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 27/11/2017 13:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 044614/2017

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta, também já descrita acima, onde a mesma está no Nome de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, CPF 851.270.511-68, no sentido bairro - centro, onde colidiu em cachorro. Que perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR por uma equipe do SAMU, onde foi constatada a fratura de seu cotovelo direito. Que no local não teve atendimento policial. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

DIAT
27 SET. 2017


Adriano Kerley Vieira de Sousa
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) autor(es) reconhecido(s) pelas informações acima assentadas e deito que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí origem, conforme previsto nos artigos 189-Derrogação da Colúmbia e 34-B-Comunicação, Estado de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032931

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do acidente: 17/08/2018

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190032931

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13813172





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

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190032931

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSO DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000051946-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653

CONTA:

51946

(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Boa Vista, 09/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

14 JAN 2019

Assinatura

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

(*) 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.

497910

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência



BOLETIM DE Ocorrência 551/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 23/10/2018

COMUNICANTE : ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

RG: 2360219-8 - SSP-RR CPF- 001.877.602-76

ENDEREÇO: RUA GENARAL PENHA BRASIL - Nº 826

BAIRRO: SÃO FRANCISCO - UF: RR

SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PINTOR

NATURALIDADE: SANTARÉM - ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 16.08.1987- IDADE: ANOS. GRAU DE INST. ENS. FUND. – INCOMPLETO.

ESTADO CIVIL: Solteiro- TELEFONE: - Nº 99172-6020 REG. – CNH:

NOME DO PAI –

NOME DA MÃE: MARLETE VIEIRA DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:50 MIN. do dia 17/08/2018

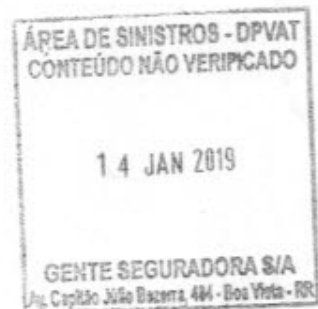
O comunicante acima qualificado, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora acima mencionados, dirigia a MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ESDI, PLACA NÃO 4016, CHASSI 9C2JC30707R192739, de propriedade de CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA, quando, segundo o comunicante, ao tentar sair com o referido veículo houve um problema no cabo da embreagem, e ao tentar acelerar perdeu o equilíbrio vindo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar o joelho direito, informando ainda que foi conduzido ao HGR pelo SAMU, e que este BOLETIM DE Ocorrência é somente para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE Trânsito com vítima.

Adriano Kerley Vieira de Sousa
Adriano Kerley Vieira de Sousa

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



[Assinatura]
Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 042000372

DAT

23 OUT. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO



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: 001.877.602-76 Nome completo da vítima: Adriano Kerley Vieira de Sousa

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

Nome completo: Adriano Kerley Vieira de Sousa CPF: 001.877.602-76

Profissão: Pintor Endereço: R: CAL. Penha Brasil Número: 826 Complemento: _____

Bairro: São Francisco Cidade: Boa Vista Estado: Roraima CEP: 69.305-130

E-mail: _____ Tel. (DDD): 95191143-2277

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 51946

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista, 09/01/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

14 JAN 2019

Assinatura

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

(*) 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.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00653
CONTA: 000000051946-7

Nr. da Autenticação 9CC46086C4C1C042

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVFK 84X78 RKYRM D4DQU



PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	1698	
UNIDADE: <u>DRIVO II</u>		EQUIPE: <u>Samuel Belânia</u>		192		
Paciente: <u>Adriano Kerys Mena de Souza</u>				Idade: <u>32</u> Sexo: <u>M</u>		
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>				Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []		
Endereço: <u>Rua Romero Cruz</u>				Bairro: <u>5. Flomaseo</u>		
Nº <u>15357</u>		DATA <u>17/08/18</u>		HORA J/9: <u>12:51</u>		BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA () <input type="checkbox"/> RÁDIO
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>alisson</u>		HORA J/10: <u>13:00</u>		<input checked="" type="checkbox"/> CELULAR		
MOTIVO DO ACIONAMENTO: <u>queda de moto</u>						
ACIONAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NA BASE [] OUTRO						
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()						
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <u> </u> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vitima projetada <input type="checkbox"/> Vitima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado <input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Garupa <input checked="" type="checkbox"/> Piloto		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: <u> </u>		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda. Altura aprox.: <u> </u> <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <u> </u> <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <u> </u> <input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>
PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA				
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> CICLOVIA <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA <input type="checkbox"/> FAIXA		<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u> </u> <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Garupa <input checked="" type="checkbox"/> Piloto				
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: <u> </u>		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input checked="" type="checkbox"/> AVON <u>15</u> <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparelho Etilizado <input checked="" type="checkbox"/> GLASGOW <u>15</u>
SINAIS VITAIS E ESCORES						
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia
Início <u>13:19</u>	<u>140x86</u>	<u>88</u>	<u>20</u>	<u>99</u>		
Fim <u>13:23</u>	<u>140x83</u>	<u>86</u>	<u>20</u>	<u>99</u>		
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele		Cabeça		Face		Pescoço
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-cutâneo
Tórax		Abdome				
<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Contusão pulmonar <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração				
Pelve		Coluna Dorsal		MMSS		MMII <u>1</u>
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Crepitação
OCULAR		VERBAL		MOTORA		
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> 2 A dor <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> 3 Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 5 Localiza a dor <input type="checkbox"/> 4 Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 Sem resposta		
TOTAL						<u>15</u>
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outra <u> </u>
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso: <u> </u>		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros <u> </u>				
GRAVIDADE PRESUMIDA		[] ILESO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA		[] ÓBITO EVIDENTE		
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)						
Assinatura: <u>Vandeli Rubelo</u> Médico CPM RR 1065						
INCIDENTE		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT		MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS		
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: <u> </u>		<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>				
OBSERVAÇÕES						
GENTE SEGURADORA S/A						

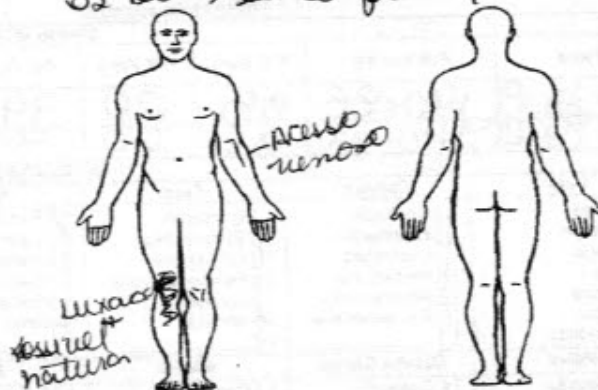
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		

PERTINENTE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO
2 ataduras 20 cm / 10x16
03 atadura 9 cm / 03 40x12
04 pares de luvas esterilizadas 40
01 RL 500ml de soro 012 Amp. cloruro
02 bolos de compressão

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	5
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Após Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	3
Palavras isoladas inteligíveis	Sono	2
Apenas gemidos	Ausente	1
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



As 12:51 horas, acionados para atendermos uma ocorrência de queda de moto, no local de fato ocorreu o sinistro. Paciente encontrado em via pública, sentindo dor no local de trauma, com ferimento, fratura suspeita; a vítima estava luxada em m. d. + possível fratura, membro foi imobilizado com tala rígida. Blesso calibrado em curso, estabilizado, com analgesia e encaminhado ao médico regulador, em seguimento da paciente remanejada ao trauma com urgência.

Desatino
Bolsonaro
Téc. de Enfermagem - Instrutor de Cursos
CRM-RR 418.571-116

ASSINATURA E CARIMBO

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 31/08/19
Desatino

ALINE DE ALMEIDA CAVALCANTE

R. GAL PENHA BRASIL, 826 , 1

SAO FRANCISCO

69305130 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

PERÍODO DE CONSUMO

104310

12/2018

29-NOV-18 a 28-DEC-18

CONSUMO (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

353

16-JAN-19

R\$ 315,12

OBSERVAÇÕES

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

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

MÊS

TOTAL A PAGAR

104310

12/2018

R\$ 315,12

836300000038.151200750009.000000000109.431012180052



Jânia Helena
(95) 99139-8405
3224-6579



Nº da Conta: 0220918873
Mês de referência: 12/2018
Período: 06/11/2018 a 05/12/2018
Data de emissão: 07/12/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 957
CEP 69.305-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz :02.558.157/0001-62
CNPJ Filial :02.558.157/0016-49

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA - RR

Vencimento
21/12/2018

Total a Pagar - R\$
44,99

Seus Números Vivo
95-99113-5885

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: 705
Na data de: 22/11/18
Saldo referente a conta 0220918873 no
Vivo Valoriza. Para saldo atual, envie SMS
com a palavra SALDO para 8011.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVO CONTROLE DIGITAL-2GBILIM	1	1	44,99	-	-	44,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL II	1	1	0,00	-	-	-
Subtotal						44,99
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>14 JAN 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR</p> </div>						
TOTAL A PAGAR						44,99

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

* Em 30/11, ocorreu a incorporação da Telefônica Data S.A. pela Telefônica Brasil S.A. A partir de 1/12, os serviços serão prestados e faturados pela Telefônica Brasil, sem necessidade de qualquer providência do cliente e os valores e benefícios dos serviços permanecerão iguais. ** App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados *

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



Nome do Cliente

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Vencimento

21/12/2018

Total a Pagar - R\$

44,99

Cód. Débito Automático 0220918873-8

Nº da Conta 0220918873

Mês Referência 12/2018

846200000004

449900750018

102209188733

121851812218

Autenticação Mecânica





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena Incalessi de Melo

inscrito (a) no CPF/CNPJ 421.026.772 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriano Kerley Vieira de Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriano Kerley V. de Jesus

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.877.602 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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: R: Antônio Augusto Martins

Número: 347

Complemento: Casa

Bairro: São Francisco

Cidade: Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.305-270

E-mail: parana_moda@hotmail.com

Tel.(DDD): (95) 99139-8405

Local e Data: Boa Vista, 09/01/19

Tânia Helena Incalessi de Melo

Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

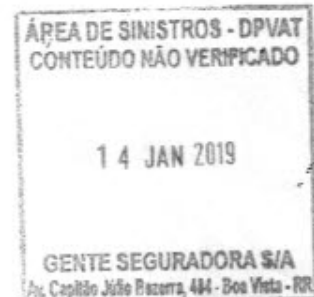
14 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudemiro Venancio de Lima,
RG nº 825446, data de expedição 1/1/,
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 851270511-68, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
BR 174, nº 522,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adriano Kerley Vieira de Sousa, cujo o condutor era
Adriano Kerley Vieira de Sousa.

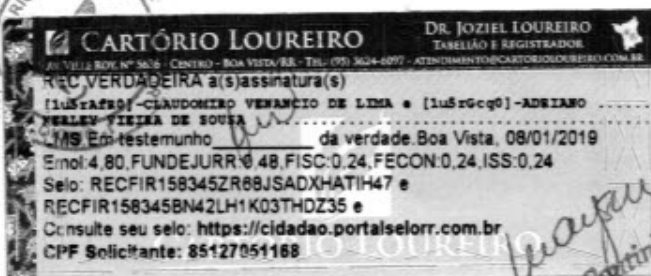
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda / CG 125 FAN
Ano: 2007
Placa: NAO 401G
Chassi: 9C2 JC 30707 R 19 2739
Data do Acidente: 17/08/2018
Local e Data: Boa Vista, 23/10/18



Claudemiro Venancio de Lima
Assinatura do Declarante

Adriano Kerley Vieira de Sousa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

NOTA: Certifico que o presente documento
apresentado neste Cartório na data
indicada no carimbo eletrônico de
reconhecimento. Dou fé.



Thays Coutinho Weber
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro



HGR
Hospitalist Journal
for the Hospitalist

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Os topes de ... Dr. Vitor Montenegro


Quanto de ... / ... em ...

As 2x - ... de ...




Os ... - ...

Dr. Leonardo Rabelo
Residência em Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1715



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		
HCR				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES		
HCR				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Adilson Kuley V. de Sousa				159637
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
71010101015171111017191011		16/08/87		
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO
Marlete Vieira de Souza				
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Av. General Penha Brasil - 829 - São Francisco				Boa Vista
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	16 - CEP	
RR				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
fx photo timel @				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
tto cr				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Re - exames - ex. físicos				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
fx photo timel				
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Internas				
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		() QNS () CPF		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Jota M. / Dr. Leonardo R3.		17/08/18		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
			0308010019	
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
() CNS () CPF		17/08/18		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		5821 T068 V299		
		ate 24-8		

119-4

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE <i>Adriano Kaley V. eiro de Sours</i>			
AGNÓSTICO <i>Ex. plots fibril</i>			
ALERGIAS <i>Nego</i>	HAS <i>Ø</i>	DM2 <i>Ø</i>	
IDADE <i>31</i>	LEITO	DATA <i>17/08/18</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>Su V</i>
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H		<i>14 08</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		<i>Su</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		<i>15:24 06/12</i>
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>Su 25</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>Su 26</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>Rotino</i>
12	CURATIVO DIÁRIO		<i>Realiz</i>
13			
14			
15			
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, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

NIR
Regulado
para leito
João B. A. 119-4 m
Regulação Interna
Realiz as 16:04 h

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	TAX
6 H	PA	FC		
12 H	<i>138/69</i>	<i>76</i>	<i>20</i>	<i>36,5</i>
18 H	<i>149/93</i>	<i>74</i>		<i>36°C</i>
24 H	<i>121/53</i>	<i>62</i>		<i>36</i>

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

06 154/79 76

36

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO: FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	119-4	DATA	18/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP PERVIO				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				12
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SW
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				17-18-19-20
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				14-15-16-17-18-19-20
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
12	CURATIVO DIÁRIO				u
13					
14					
15					
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					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Arlindo, Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - TE (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
24 SET 2018
Certifico que é que o presente
documento é fiel e verdadeiro
e foi apresentado neste

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO:
#CONDUTA: MANTIDA




PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR	TCR
12 H	170/100	67	-	36°C
18 H	150/90	65	-	36,1°C
24 H	150/90	69	-	-

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Realizado medicações e SSVV, segue cuidados
06h 124/85 62
Plantas noturno. Adm. medicações CPM. Agido
SSVV. Segue aos cuidados da enfermagem.

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 																	
PRESCRIÇÃO MÉDICA																			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN																	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA																			
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D																			
ALERGIAS	HAS	DM2																	
IDADE	LEITO	DATA	19/08/2018																
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE		S.N.D																
2	AVP PERVO		S.N.D																
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		man 12h																
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S.N																
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H		S.N																
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S.N																
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		ATENÇÃO																
11	SSV + CCGG 6/6 H		ROTINA																
12	CURATIVO DIÁRIO		ROTINA																
13																			
14																			
15																			
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA																			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <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>144x87</td> <td>81</td> <td>36.6°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>150x90</td> <td>87</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H	144x87	81	36.6°C	24 H	150x90	87	
6 H	PA	FC	FR																
12 H																			
18 H	144x87	81	36.6°C																
24 H	150x90	87																	
Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia																			




24x200mg adm. med. tramal 200mg, porque paciente estava com dor intensa. Realizado suco no período.

24x200mg adm. med. tramal 200mg, porque paciente estava com dor intensa. Realizado suco no período.

Téc. em Enfermagem
CORREN-RR 086.340 TE
Lucimide A. Lima

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO: FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	119-4	DATA	20/08/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				2h
2	AVP PERVO				12h
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				12h
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5h
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12h
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				21x30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12h
12	CURATIVO DIÁRIO				12h
13					
14					
15					
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x80	68	57	57 termômetro	
18 H	150x90	68	35.9°C		
24 H	129x87	72			
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

119-4

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 																															
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																	
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN																															
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA																																	
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D																																	
ALERGIAS	HAS	DM2																															
IDADE	LEITO	DATA																															
	119-4	20/08/2018																															
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																															
1	DIETA ORAL LIVRE	SND																															
2	AVP PERVO	10:00 - 12:00																															
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	12:00																															
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND																															
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12:00 - 14:00																															
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12:00 - 14:00																															
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12:00																															
11	SSVV + CCGG 6/6 H	NOTURNO																															
12	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO																															
13																																	
14																																	
15																																	
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SINAIS VITAIS</th> <th colspan="2">PREVISÃO DE ALTA</th> <th colspan="2">SEM PREVISÃO</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>100x65</td> <td>78</td> <td>19</td> <td>35,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100x90</td> <td>76</td> <td></td> <td>35,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x90</td> <td>71</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				SINAIS VITAIS		PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO		6 H	PA	FC	FR			12 H	100x65	78	19	35,5		18 H	100x90	76		35,9		24 H	100x90	71			
SINAIS VITAIS		PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO																													
6 H	PA	FC	FR																														
12 H	100x65	78	19	35,5																													
18 H	100x90	76		35,9																													
24 H	100x90	71																															
<div style="text-align: right;"> Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia </div>																																	

CG 320/80 75
ap. 80 - Paciente no leito, sem febre

Soraia Pimenta Cavalcanti
COREN/RR 361787-TE



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE H.C.R.		2 - CNES 	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia		4 - CNES 	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE Adriano Kerley Vieira De Souza		6 - N° DO PRONTUÁRIO 	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 		8 - DATA DE NASCIMENTO 16/08/18	
9 - SEXO M		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL 	
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 		12 - TELEFONE DE CONTATO 	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 	
15 - UF 		16 - CEP 	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Punk 08 16 31 anos de idade com fratura plato tibial (D)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento cirúrgico			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História Dr. Ricardo Soares Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RS			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO fratura de plato tibial (D)			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO osteossintese de fratura de plato tibial (D)			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 			
26 - CLÍNICA 27 - CARREIRA DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Paracat			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 12/08/18			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Elder			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - CNPJ DA SEGURADORA 35 - N° DO BILHETE 36 - SÉRIE 			
37 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 38 - CNPJ EMPRESA 39 - CNAE DA EMPRESA 40 - CBOE 			
41 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO 42 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - EMPREGADO 44 - EMPREGADOR 45 - AUTÔNOMO 46 - DESEMPREGADO 47 - APOSENTADO 48 - NÃO SEGURO 			
AUTORIZAÇÃO			
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 			
52 - DOCUMENTO 53 - N° DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 			
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 24/8/18			

**0408050551
5821
V295**

24.8



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24.08.18 O.S. _____

Sebastião Kerley Vieira
De Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Fratura de Placa tibial (D)

Osteossíntese de fratura de placa tibial (D)

limp

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Vitor Parreira

1º AUXILIAR:

Dr. Eldes

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

DURAÇÃO:

Vitor Parreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Dr. Eldes Soares
Médico Residente
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1635

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H. sob anestesia
- 2) Antépsis e limpeza
- 3) Campos estéril
- 4) Incisão longitudinal + divulsão da placa e do
vossos de foco de fratura
- 5) Redução + fixação com placa de 10
furos e parafusos
- 6) Incisão longitudinal subcutânea + redução de
03 parafusos para estabilizar placa
- 7) Controle radiológico
- 8) L.M.C
- 9) Sutura e curativo



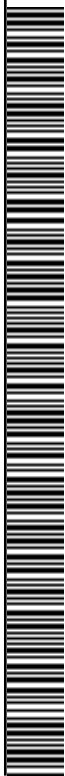
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Américas"

FICHA DE ANESTESIA

ADRIANO K. V. DE SOUZA, 32A

24.06.18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																																
- midazolam 5 mg (10)		Boa Vista - RJ																																
- paracetamol 100 mg (10)																																		
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES</td> <td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>15</td><td>30</td><td>45</td><td>15</td><td>30</td><td>45</td> </tr> <tr> <td colspan="15">[Grid for vital signs and agent administration]</td> </tr> </table>				AGENTES	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	[Grid for vital signs and agent administration]														
AGENTES	15	30	45		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																		
	[Grid for vital signs and agent administration]																																	
QUANTOS VENOSOS	1	[Grid for IV fluids]																																
DA	36	[Grid for temperature]																																
X	32	[Grid for heart rate]																																
ULSO	26	[Grid for oxygen saturation]																																
O	34	[Grid for respiratory rate]																																
ANES	32	[Grid for anesthetic level]																																
X	30	[Grid for blood pressure]																																
OP	120	[Grid for pulse oximetry]																																
O	100	[Grid for end-tidal CO2]																																
ASPIR	80	[Grid for arterial blood gas]																																
A	60	[Grid for laboratory tests]																																
RESPI	40	[Grid for respiratory therapy]																																
O	20	[Grid for other parameters]																																
SÍMBOLOS		[Grid for symbols]																																
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES																												
A bolus 0.5" 16.5 mg				Pneumotomizadora hiperbárica		X - Check list: monitorização, avaliação e reequilíbrio																												
B				Linha simples L3-L4		1 - O2 sob um alim																												
C				Uma medula e 1 Ag de		2 - Aspiração e Anticéptico																												
D				sob monitorização		Pr. Proteção lombar																												
E				med		3 - Alcatraz e Pneumotomizadora																												
F						4 - Afecção de 20																												
G						5 - Anestesia 10 mg (10)																												
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cálculo - Meta / O2 Fisiologia com alim		6 - Cateterismo 100 mg (10)																												
HCO3				Meta / O2 Fisiologia - Carga		7 - Paracetamol 100 mg (10)																												
SANGUE				Bal - Temp - Collet de Tubo																														
50 0.9% 1500 mL				Sob Monitor																														
				Dificuldade Técnica																														
TOTAL 1500 mL				TEMPO DE ANESTESIA		AO SARA																												
				11:30 a 12:30																														
OPERAÇÃO		Osteossíntese de placa tibial (10)				Leitagem - Espetro - Escudo Seta																												
						Osteossíntese - Placa - 100 g																												
						"Buckley" - Vómito																												
						Hemostasia - Anterla																												
						Brida Tapalardo - Choque																												
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGIÃO		PESQUISA SANGÜEA																												
DR. Michel				DR. Vitor																														





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	319	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Adriano Kerley Viera de Sousa	119-4	00159637	24	1.08 / 18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese Fratura Platô Tibial "D"	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	11:35	12:20	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Vitor Paracat	ANESTESISTA:	Dr. Michel
1º AUXILIAR	Dr. Elder	RES. ANESTESIA:	Ri José
2º AUXILIAR	Ri Fernando	INSTRUMENTADOR	Ri Odinaeh
		CIRCULANTE	Kelly / Adenilton

TIPO DE ANESTESIA: Raque			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 20	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 6	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		<input type="checkbox"/>	FIO SEDA Nº Ataduro 30cm	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Equipa marca	
1	SERINGA 03ML		20g	CERA P/OSSE qd condutor	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 05ML		1	KIT CATARATA Nº Cateter 12	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipa Escovilha	
<input type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletródos		1 100ml	OUTROS: Cloridina, Alcodina	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Suellen Silene Bruno	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Kelly / Adenilton	TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	





SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Adriano K. V. de Sá

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Unidade: 24108-12
Idade: 32 anos
Sexo: M
Cirurgião: Dr. [illegible]
Anestesiologista: Dr. [illegible]
Cirurgia Proposta: [illegible]
2. Anestesia: [illegible]
3. Exames: [illegible]
4. Sinais Vitais: [illegible]

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
<u>11:00</u>	<u>11:30</u>	<u>11:15</u>	<u>12:30</u>	<u>12:30</u>

Cirurgia Realizada: [illegible] Anestesia: [illegible] Posição: [illegible]

Medicamentos: [illegible]

SG a 10%: [illegible]

Outros: [illegible]

Sinais Vitais: [illegible]

Exames na SOI: [illegible]

Cirurgia Realizada: [illegible]

Anestesia: [illegible]

Localização: [illegible]

SRPA: [illegible]

Sinais Vitais: [illegible]

Entrada	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>	<u>[illegible]</u>

Estado Emocional/ Mental: [illegible]
Choro: [illegible]
Agitado: [illegible]
Outros: [illegible]

Sinais Vitais: [illegible]

Exames: [illegible]

Legenda: [illegible]

Diagrama: [illegible]

Diagrama: [illegible]

Diagrama: [illegible]



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adriano Vitor de Sá
Idade: 30 Anos
Sexo: M
Profissão: EngenheiroPaciente: CONFIRMOU☒ Anestesiado
☒ Site Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento: ☒ Sim ☐ NãoRisco Cir. ☒ Baixo
☐ Aplicar ☒ Não se aplicaRisco DFM: BAIXO
☒ Sim ☐ Não se aplica☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____VIA AÉREA: DIFÍCIL, RISCO DE ASPIRAÇÃO☒ Não
☐ Sim, e equipamento/medicamento disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e uso adequado e planejamento
para fluidosData: 21/07/19 Assinatura: Jose Roberto
Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiado: Dr. AdrianoPausa cirúrgica: (Sala Operatória)CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☐ Sim ☐ NãoCIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:☐ Identificação do paciente
☐ Site cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:Qual a etapa crítica ou inesperada, duração da
operação e perda sanguínea prevista.☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:Os materiais necessários, como instrumental, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou qualquer
preocupação.A PROFISSÃO ANTINEOPLÁSICA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.☐ Não se aplica☐ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim☐ Não se aplicaANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕESSaída: (Sala Pós Operatória)OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO☒ Sim ☐ Não2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplicaSE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO☒ Sim ☐ Não☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplicaAssinatura: Jose Roberto
Assinatura e Carimbo



SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



NOME: Adriana K. de Souza

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

SRPA

Unidade: 34108.41P

Entrada na Sala Cirúrgica: 15:30 Início Anestesia: 16:15 Término Cirúrgico: 16:30 Início S.O.

Cirurgia Realizada: proced

Anestesia: gás

Sinais Vitais: 42-25-18-90-45 T: 36.5 P: 62 PA: 120/80 SPO2: 95

Idade: 31

Localização: bloco 1

Localização: bloco 1

Grupo Proposta: paciente

Grupo Proposta: paciente

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Intensidade: 1

Intensidade: 1

Localização: bloco 1

Localização: bloco 1



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese Fratura Platô Tibial "D"

Data 24 / 08 / 2018 Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Adriano Kerley Vieira de Sousa Idade 31 a

Bloco: A Enfermaria 119 Leito: 04

Caixa: Cx Grandes Fragmentos Nº _____

Circulante: Kelly / Adenilton Sala 04

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa larga 10 furos 1

Parafuso cortical n° 381 461 301

-11- esponjoso n° 701 ; 651

Dr. Odinei Okemiri
Medicina
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO 119-4		DATA 23/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP PERVIO				mantes
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				16
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				18 24/06 12
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24/30
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				notina
12	CURATIVO DIÁRIO				curativo
13					
14					
15					
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, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR	
6 H	PA	FC	FR	
12 H	133/83	65		
18 H	140/70	73	71	
2324 H	142/60	71		

Dr. Fernando Bezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



119-4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HCR	
GOVERNO DO ESTADO DO RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Adriano Kerley Viana De Souza				
DIAGNÓSTICO	Fratura plav. lateral (D)				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	119-4	DATA	20/08/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				-p S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				-p S/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				-p 12 18 24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				-p 12 18 24
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				-p 12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				-p 12 18 24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				-p S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				-p S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				-p S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				-p S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				-p S/N
14	CURATIVO DIARIO				-p S/N
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18514/R


SINAIS VITAIS				
6 H	161x124	58	-	36,4
12 H				
18 H	169x103	81	-	36,5
24 H	140x70	95		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.




18b Adm. método de medição de horário, e item 06, após
paciente a lotar do intern. Unificado do SSCU.

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 751.380-TEC

119-4




 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																													
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																									
PACIENTE	ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA																												
AGNÓSTICO	FX PLATO TIBIAL D																												
ALERGIAS		HAS		DM2																									
IDADE		LEITO	119-4	DATA	24/03/2018																								
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																								
1	DIETA ORAL LIVRE																												
2	AVP PERVO																												
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA																												
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																												
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H																												
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																												
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																												
11	SSVV + CCGG 6/6 H																												
12	CURATIVO DIÁRIO																												
13																													
14																													
15																													
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4"># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA</th> </tr> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>SEM PREVISÃO</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td colspan="3">Cirurgia</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>						# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				SINAIS VITAIS	SEM PREVISÃO			6 H	PA	FC	FR	12 H	Cirurgia			18 H				24 H			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA																													
SINAIS VITAIS	SEM PREVISÃO																												
6 H	PA	FC	FR																										
12 H	Cirurgia																												
18 H																													
24 H																													
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia																									



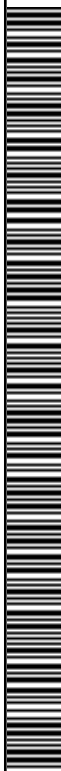
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia  					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	119-4	DATA	25/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.N.D
2	AVP PERVO				<i>manter</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				<i>2x</i>
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>S.N.</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				<i>12-18-24-30-36-42-48-54-60-66-72-78-84-90-96-102-108-114-120-126-132-138-144-150-156-162-168-174-180-186-192-198-204-210-216-222-228-234-240-246-252-258-264-270-276-282-288-294-300</i>
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>4h S.N. 15h</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>Atenção</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>R. J. ma</i>
12	CURATIVO DIÁRIO				<i>R. J. ma</i>
13					
14					
15					
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : # CONDUTA : MANTIDA <i>6h - PA = 144/95/75</i>					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA SINAIS VITAIS # PREVISÃO DE ALTA - SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	139x98	62	20	36°C	
18 H	149x95	65	20	35,8°C	
24 H	15x10	75	20	36°C	
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

Plantão diurno: Paciente estável, ou entado, qui na-se de algia, realizado a adm. do itm 9 três vezes subglote, adm. merm. O ferido ssvv, nada mais a relatar.

Rosângela A. Delmir
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 663560

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	119-4	DATA	26/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>8h</i>
2	AVP PERVIO				<i>10h</i>
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				<i>10h</i>
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>10h</i>
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				<i>10h</i>
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>10h</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>10h</i>
11	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>10h</i>
12	CURATIVO DIÁRIO				<i>10h</i>
13					
14					
15					
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, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA <i>CC 3m 130/80 P-63 10x=36x8</i>					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	16x10	87	20	35,90	
18 H	15x9	80	19	36,2	
24 H	16x10	80		36,0	
Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

09:00 Realizado troca de fup, em ms de 20.
12:00 130x81 mmHg F85.
Plantão noturno administrado medicações
honorária afundo, SSVV e curativos fup.





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Atualização: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 119-4

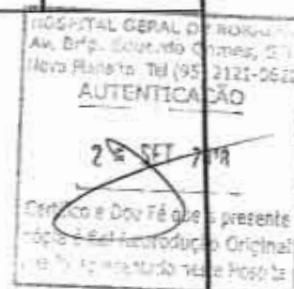
Nome: Adriano, Karley Teixeira de Souza

DATA: <u>26/08/18</u>	Localização / Região 	DATA:	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I x 2 <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>		
Crédito e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Jucilene Gomes de Lima</u> Auxiliar de Enfermagem COREN RR 389.803	02- <u>Ana Carolina da Silva Soares</u> Téc. em Enfermagem COREN RR 284.622	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

1194

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA					
AGNÓSTICO FX PLATO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO 119-4		DATA 27/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				520
2	AVP PERVO				11:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				20
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				520
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				520-28-2406
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				520
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				520
11	SSVV + CCGG 6/6 H				11:00
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13					
14					
15					
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, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
SINAIS VITAIS					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	138	85	20	36.2	
18 H					
24 H					
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	



11:00 Paciente no leito, vigília, sem náuseas,
sem vômitos até o momento.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06

Data de Atualização
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

339-4

Nome: Adriano Kely V. de Sousa

DATA: <u>27/08/18</u>	Localização / Região: <u>MEM</u>	DATA: <u>27/08</u>	Localização / Região: <u>LEIT</u>
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 3% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 3% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Contato e ass. em Enfermagem: 01- <u>Rosneide P. Nunes</u> COREN-RR 778 877		Contato e ass. em Enfermagem: 02- <u>Vanessa da Silva Morais</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriano Kuntz - Viana da Souza, 31 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17 / 08 / 18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Rádio Ulnar (1)

NO DIA 24 / 08 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Redução e Fixação de Fratura de Rádio Ulnar (1) SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Damasceno E DR. Cláudio

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27 / 08 / 18, ÀS 12:30, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20 / 09 / 18, ÀS 09:00, COM O
DR. Cláudio

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Av. Brig. Edmundo
Novo Planalto - Tel. (11) 3111-1111

ORIENTAÇÕES GERAIS :

14 JAN 2019

28 SET 2018

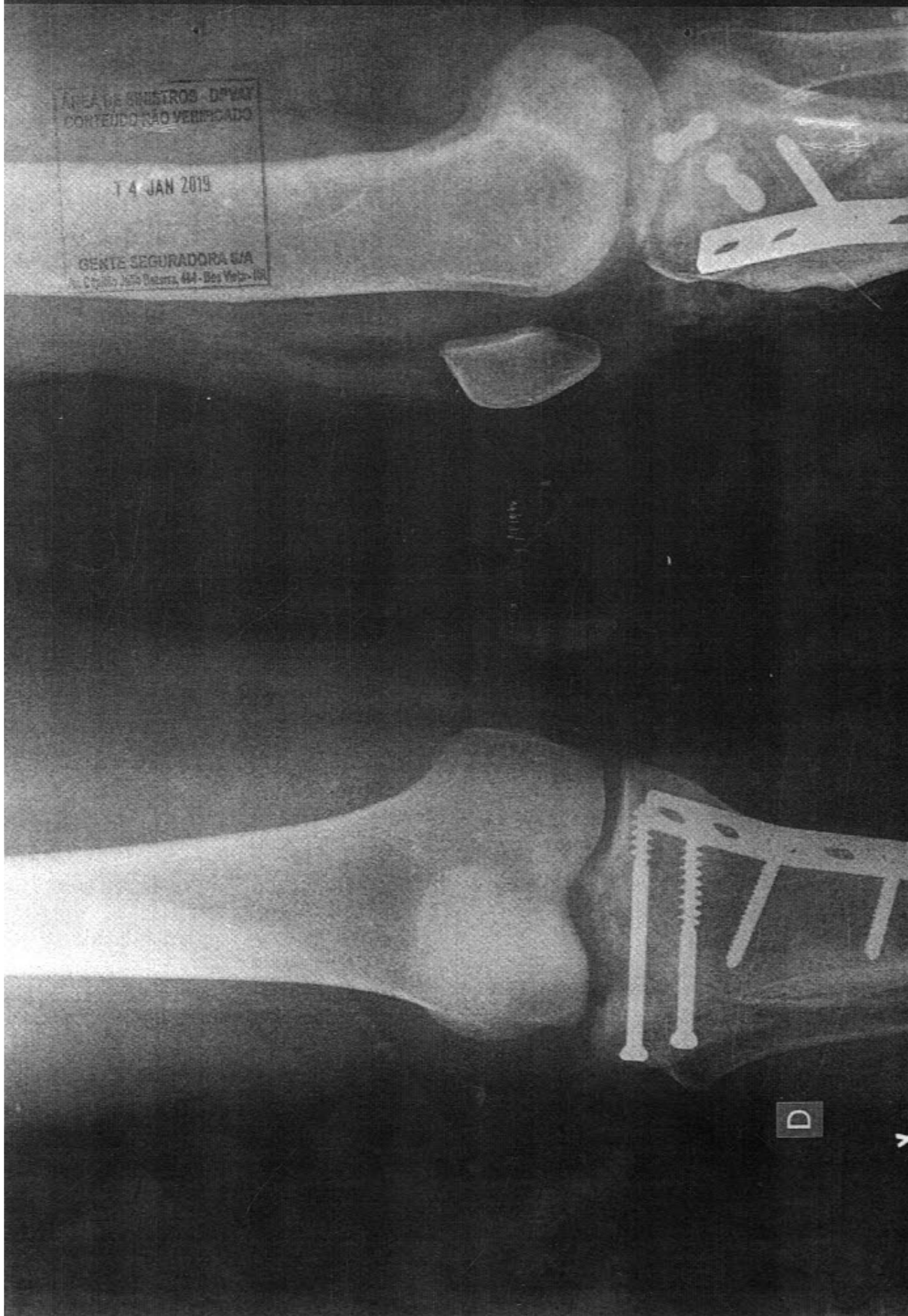
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR 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, 27 / 08 / 18

MÉDICO





27/8/2018 11:11:32

65,3 %

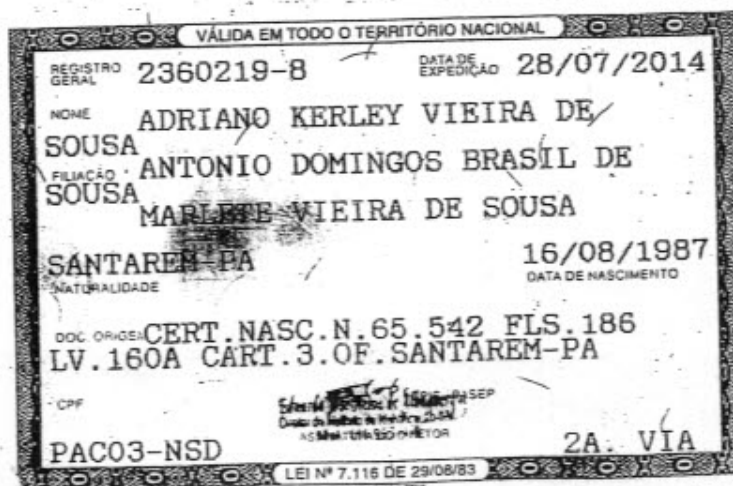
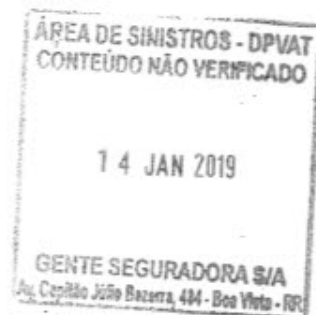
27/8/2018 11:11:32

61,1 %

, ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUZA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC EDSON ILZA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

DOC IDENTIFICADORA: 489043 RDD RO

CPF: 421 026 772-49 DATA NASCIMENTO: 15/01/1972

PLACAS: JUNELSON FRACALOSSI, MARTA ANHA FRACALOSSI

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 02798991920 VALIDEZ: 04/12/2023 PROROGAÇÃO: 17/02/1993

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA, RR DATA DE EMISSÃO: 06/12/2018

ANTONIO FRANCISCO SEABER MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
ASSINATURA DO DIRETOR 48926851446 RR209948647

RORAIMA

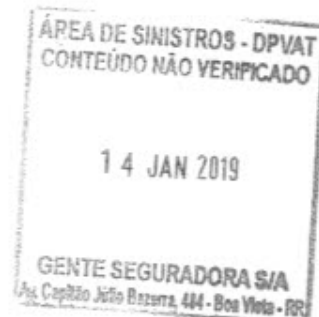
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1747870879

PROIBIDO PLASTIFICAR 1747870879

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

GENTE SEGRADORA S/A
Av. Capão João Bazerra, 484 - Boa Vista - RR



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR N.º 011387732018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00925063894 90271025844

NOME/ENDEREÇO
CLAUDOMIRO VENANCIO DE LIMA
BR 174 APT
CAUAME Nro:522
BOA VISTA-RR 69311137

CPF/CNPJ 851.270.511-68 PLACA NA04016

NOME ANTERIOR
BRUNO AGUIAR LOPES

PLACA ANT./UF CHASSI
9C2JC30707R192739

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP/POT/CIL 2P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÃO
SEM RESERVA DE DOMINÂNCIA DE CASTILHO
* PROIB SAIR ANO DE REGISTRO TRIBUTARIO

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 19/01/2016

VALIDA CONTRAN

EXPEDICION



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032931 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JAN 2019

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Adriano Kerley Vieira de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: solteiro
Profissão: luter
Identidade: 2360219-8 CPF: 001.877.602-76
Endereço: R: Gpl. Penha Brasil Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-130

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Autônoma
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 04 de Outubro de 2 018.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Adriano Kerley Vieira de Souza
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecimento/ Autenticação
no verso. →

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015135/19

Vítima: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF: 001.877.602-76

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 17/08/2018

Titular do CPF: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO : 421.026.772-49

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

ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA : 001.877.602-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019
Nome: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO
CPF: 421.026.772-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR
CPF: 383.267.872-72

TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

JOSE THOMAZ DO NASCIMENTO JUNIOR





Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Racionalização e Simplificação
Departamento de Registro Empresarial e Integração
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Type: **Text**

Sociedade anônima

Don't be Entrepreneurial

Normal

NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arreglo:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletim(s): 102595004

Hash: ECC52023-073D-4232-B033-7CC99430A908

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

**REQUERIMIENTO**


Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 2/13



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



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2. CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucec.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEC RJ
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro



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



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investitura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

Ch *Luc*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13



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



7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04**

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



JUCERJA
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13





14

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelas reuniões de ALM SEGURADORA S.A., MICROSEGURADORA, CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 26 de junho de 2017.

I - Aumento do capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 3.155.591,81, o valor em 179.246.592 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal;

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Revogar que a portaria de RS 189, 14/06/20 do Conselho de Capital Mínimo deverá ser integralizada até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ n.º 09.348.000/01-04, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do Conselho de Administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, anexoado com o artigo 3º da Lei Complementar n.º 124, de 14 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria de IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do Conselho de Administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direp n.º 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 188, artigo 1, item III, na menção do Conselho de Administração realizada em 1º de novembro de 2017, ler-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

**Ministério da Indústria,
Comércio Exterior e Serviços**

**INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,
QUALIDADE E TECNOLOGIA**

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.564, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional da Autarquia, aprovada pelo Decreto n.º 175, de 28 de novembro de 2007;

Considerando o Decreto Federal n.º 96.044, de 18 de maio de 1968, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária Destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizada no site www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo;

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Considerando a necessidade de atualização do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de comércio de tanques de carga rodoviária;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizada no site www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo;

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Diconf
Rua Santa Apolônia, n.º 416 - 3º andar - Rio Comprido
Cep 20.261-232 - Rio de Janeiro - RJ

Art. 1º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2016 pelos Anexos A e D anexos a esta Portaria.

Art. 2º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2016 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2016, os seguintes parágrafos:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, uma vez que, conforme o conteúdo do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENI), tem o objetivo de colher subsídios para a definição de posicionamentos do governo brasileiro no âmbito da coordenação do Comitê Técnico n.º 1, de Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CT-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DENI por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 70013-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser encaminhadas mediante e-mail eletrônico original do texto pedagógico, disponível na página do Ministério na Internet, no endereço http://www.mec.gov.br/informacao/EXPOSITORIO/interdisciplinar/CTC_2017/informacao/interdisciplinar, ou pelo endereço de e-mail ctc@mdc.gov.br.

3. O encaminhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mec.gov.br/interdisciplinar/interdisciplinar/interdisciplinar/interdisciplinar/interdisciplinar> ou pelo endereço de e-mail ctc@mdc.gov.br.

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nomenclatura do CT-1, eventuais manifestações a respeito deverão ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

SITUAÇÃO ATUAL		SITUAÇÃO PROPOSTA	
2917.20.08	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados	2917.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.1	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.11	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.12	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.13	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.14	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.15	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.16	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.17	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.18	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.19	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.21	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.22	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.23	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.24	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.25	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.26	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.27	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.28	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.29	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.30	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.31	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.32	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.33	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.34	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.35	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.36	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.37	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.38	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.39	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.40	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.41	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.42	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.43	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.44	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.45	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.46	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.47	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.48	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.49	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.50	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.51	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.52	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.53	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.54	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.55	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.56	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.57	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.58	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.59	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.60	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.61	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.62	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.63	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.64	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.65	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.66	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.67	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.68	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.69	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.70	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.71	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.72	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.73	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.74	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.75	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.76	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.77	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.78	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.79	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.80	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.81	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.82	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.83	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.84	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.85	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.86	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.87	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.88	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.89	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.90	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.91	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.92	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.93	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.94	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.95	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.96	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.97	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.98	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.99	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados
		2917.20.00	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, halogenados, peróxidos e seus derivados

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 0001281012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/8/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

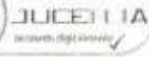
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E6CF8FDF5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13





4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996508

ARTIGO 8º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, $\frac{1}{4}$ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de $\frac{2}{3}$ (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996510

convocada.

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

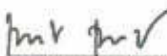
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000	ADB28690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HÉLIO BITTON RODRIGUES e JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000529453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ		
Em testemunho da verdade.	Serventia Paula Cristina A. D. Gaspar	3.9% Escrevente
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.	Total	CTPS 46062 série 06077 ME
ETLP-56891 NRE, ETLP-56892 DRS		Ad. 20.5.3º Lei 8.936/94
Consulte em https://ww3.tjri.jus.br/sitapublico		



SUBSTABELECIMENTO

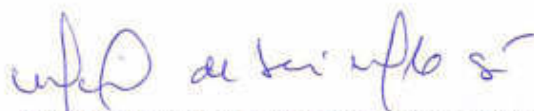
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, **ALFA SEGURADORA S/A**, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; ANGELUS SEGUROS S/A; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; ARUANA SEGUROS S.A.; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A, **AXA SEGUROS S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BMG SEGUROS S/A; **BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CAIXA SEGURADORA S/A; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; **COMPREV SEGURADORA S/A**; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; ESSOR SEGUROS S/A; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; FATOR SEGURADORA S/A; **GAZIN SEGUROS S.A.**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE VIDA S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **OMINT SEGUROS S/A**; PAN SEGUROS S/A; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **SABEMI SEGURADORA S/A**; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SOMPO SEGUROS S/A; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; SUHAI SEGUROS S/A; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; **USEBENS SEGUROS S/A**; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.





anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS

OAB/RJ 135.132



Data: 22/07/2019

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

COMARCA DE BOA VISTA

1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

**Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br**

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

CERTIDÃO

Certifico que a contestação apresentada é tempestiva.

ATO ORDINATÓRIO

Ao autor para réplica.

Boa Vista, 22/7/2019.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)
REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO
Analista Judiciária



22/07/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 22/07/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO
(22/07/2019)

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

23/07/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 23/07/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/06/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: SISTEMA CNJ

02/08/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 02/08/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 01/08/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (22/07/2019) e ao evento de expedição seq. 12.

Por: SISTEMA CNJ

23/08/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 23/08/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 11) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(22/07/2019) e ao evento de expedição seq. 12.

Por: SISTEMA CNJ

12/09/2019: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO.

Data: 12/09/2019

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo -
Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95)
3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

ATO ORDINATÓRIO 29

(art. 58 da Portaria Conjunta n. 001/2016 publicada no DJE 5876 do dia 14.12.2016)

DE ORDEM, com fundamento nos arts. 6º e 10º, do Código de Processo Civil, faculto às partes o prazo comum de **15 (quinze) dias** para que especifiquem as provas que pretendem produzir, ao apontar, de maneira clara, objetiva e sucinta, as questões de fato e de direito que entendam pertinentes ao julgamento da lide.

Quanto às questões de fato, deverão indicar a matéria que consideram incontroversa, bem como aquela que entendem já provada pela prova trazida, enumerando nos autos os documentos que servem de suporte a cada alegação.

Com relação ao restante, remanescendo controvertida, deverão especificar as provas que pretendem produzir, justificando, objetiva e fundamentadamente, sua relevância e pertinência.

O silêncio ou o protesto genérico por produção de provas serão interpretados como anuência ao julgamento antecipado, indeferindo-se, ainda, os requerimentos de diligências inúteis ou meramente protelatórias.

Quanto às questões de direito, para que não se alegue prejuízo, deverão, desde logo, manifestar-se sobre a matéria cognoscível de ofício pelo juízo, desde que interessem ao processo.

Com relação aos argumentos jurídicos trazidos pelas partes, deverão estar de acordo com toda a legislação vigente, que, presume-se, tenha sido estudada até o esgotamento pelos litigantes, e cujo desconhecimento não poderá ser posteriormente alegado.

Registre-se, ainda, que não serão consideradas relevantes as questões não adequadamente delineadas e fundamentadas nas peças processuais, além de todos os argumentos insubsistentes ou ultrapassados pela jurisprudência reiterada.

Boa Vista/RR, 12/9/2019.

REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

Técnico(a) Judiciário(a)

(Assinado Digitalmente)



12/09/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 12/09/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO
(12/09/2019)

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

12/09/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 12/09/2019

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 JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (12/09/2019)

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

12/09/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 12/09/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 12/09/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (12/09/2019) e ao evento de expedição seq. 18.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

17/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 17/09/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (12/09/2019)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2617778- C3/ 2019-03525/ INVALIDEZ



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

Processo: 08191156420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. manifestar-se nos seguintes moldes:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Ocorre que a parte autora não juntou aos autos laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal com a devida graduação das supostas lesões sofridas, conforme exige a Lei 11.945/09 e Súmula 474, STJ.

Assim sendo, ante a ausência de graduação da alegada invalidez, questão controversa que ensejou a presente lide, requer a Ré **que o Juízo nomeie Perito Médico do IML ou outro órgão público, para a realização da perícia na parte autora, a fim de atestar a invalidez alegada, bem como quantificar a lesão de acordo com a Lei 11.945/09, e Súmula 474, STJ.**

Tendo em vista se tratar de prova constitutiva do direito autoral, em caso de impossibilidade da produção do referido laudo pericial pelo IML, deve o exame ser custeado pela parte autora por força do artigo 373, I do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
BOA VISTA, 17 de setembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



23/09/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 23/09/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 23/09/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (12/09/2019) e ao evento de expedição seq. 17.

Por: SISTEMA CNJ

15/10/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 15/10/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 16) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(12/09/2019) e ao evento de expedição seq. 17.

Por: SISTEMA CNJ

21/10/2019: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO SANEADORA.

Data: 21/10/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO SANEADORA

Complemento: Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Por: REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO

Data: 22/10/2019

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

COMARCA DE BOA VISTA

1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa

Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail:

1civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0819115-64.2019.8.23.0010

DECISÃO

Cumpridas as providências preliminares cabíveis ao caso em pauta, não verificada a extinção anômala da demanda ou a extinção do processo com o julgamento do mérito, constato, com fundamento no princípio da adaptabilidade do procedimento, que as circunstâncias da causa evidenciam ser improvável a conciliação.

Inexistem, então, outras questões processuais que fossem suscitadas pelas partes, a presença dos pressupostos processuais de existência e de validade do processo e as condições da ação, de sorte que declaro a admissibilidade da demanda e a regularidade do processo, declarando-o, pois, saneado.

Assim, em juízo constitutivo, fixo os pontos controvertidos na existência do acidente no dano existente (lesão) e nexo de causalidade – matérias que deverão ser provadas pela parte autora diante da carga dinâmica da prova.

Defiro a produção de prova pericial vindicada pelas partes.

Nomeio como perito(a) o(a) Dr(a). Nympha Carmen Akel Thomaz Salomão. Fixo honorários periciais no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos moldes do Convênio de Cooperação nº 06/2015, celebrado entre o Tribunal de Justiça de Roraima e a parte Ré. O recolhimento prévio do respectivo valor far-se-á em Cartório, no prazo de 10 (dez) dias, mediante guia próprio disponibilizada no sítio do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) Perito(a) Judicial do depósito efetivado e para o início do exame.

Em regra, nos termos do artigo 95 do CPC, os honorários periciais serão adiantados pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes. Nos casos de beneficiário da justiça gratuita, a referida remuneração será integralmente adiantada pela parte Ré, nos termos do item 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015¹.

Considerar-se-á falta de interesse na realização dessa prova pericial a(s) parte(s) que não cumprirem com o seu dever de realizar, no prazo acima estipulado, o recolhimento dos



honorários, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

Nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, intimem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

Intime-se, pessoalmente por meio eletrônico (e-mail) ou carta com aviso de recebimento (AR) a ser remetida ao endereço da inicial ou ao último fornecido, a parte Autora para comparecer no consultório do(a) douto(a) Perito(a) na data a ser designada pela Secretaria. Com supedâneo no princípio da cooperação, o(a) Autor(a) fica desde já cientificado(a) do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

Nos termos do artigo 465 do CPC, fixo o prazo de quinze dias para apresentação do laudo pericial, a contar da data da realização da perícia ou a informação de que ausente a parte a perícia designada por meio de formulário a ser preenchido.

Deverá o(a) Diretor(a) de Secretaria providenciar o acesso aos documentos necessários ao Perito(a) Judicial, via PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (acaso precise), essas últimas às expensas das partes.

Finalizado o exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o depósito em conta do perito da quantia referente aos honorários.

Nos termos do artigo 477, § 1º, do CPC, com a apresentação do laudo em juízo, deverá a senhora Diretora de Secretaria intimar as partes, via sistema PROJUDI, para, querendo, se manifestar no prazo comum de dez dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

Demais diligências e intimações necessárias.

Após, conclusos.

Data e hora registradas em sistema.¹

Bruno Fernando Alves Costa

Juiz de Direito

23/10/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 23/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019)

Por: DEBORA LIMA BATISTA

Data: 23/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019)

Por: DEBORA LIMA BATISTA

23/10/2019: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 23/10/2019

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: NYMPHA CARMEN AKEL THOMAZ SALOMAO habilitado até 22/12/2019 (60 dias)

Por: DEBORA LIMA BATISTA

Data: 25/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA

Complemento: Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019 17:32:59).

Identificador do Cumprimento: 0002.

Por: DEBORA LIMA BATISTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, em cumprimento a decisão judicial proferida nestes autos, que o Dra. **NYMPHA CARMEN AKEL THOMAZ SALOMÃO**, agendou o dia **27/11/2019**, às **09h30**, por ordem de chegada, para a realização da perícia designada, que ocorrerá no Consultório localizado na Rua Nossa Senhora do Carmo, nº 93, Centro, nesta cidade, ao lado da Igreja Matriz.

Certifico, ainda, que a parte autora deverá comparecer pessoalmente na mencionada data, no local acima indicado, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como, a documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

A parte autora ficará, desde já, cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da prova pericial, seguindo o processo em seus demais atos processuais.

Do que para constar, lavro a presente certidão.

Boa Vista, 23/10/2019.

DEBORA LIMA BATISTA

Diretora de Secretaria da 1ª Vara Cível



25/10/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 25/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA
(25/10/2019)

Por: DEBORA LIMA BATISTA

25/10/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 25/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (25/10/2019)

Por: DEBORA LIMA BATISTA

Data: 25/10/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.)

Complemento: Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019 17:32:59).

Identificador do Cumprimento: 0003.

Por: DEBORA LIMA BATISTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Intimação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR -
CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

CARTA DE INTIMAÇÃO PARA COMPARECIMENTO À PERÍCIA
MÉDICA (AR)

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010	
Classe Processual: Procedimento Ordinário	
Assunto Principal: Acidente de Trânsito	
Valor da Causa: : R\$6.412,50	
JUSTIÇA GRATUITA	
Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA RUA GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR	
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205	

DESTINATÁRIO:

Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA RUA: GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR CEP: 69.305-130
--

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível, da Comarca de Boa Vista-RR, fica a parte acima INTIMADA para comparecer à Perícia Médica a ser realizada no consultório do(a) douto(a) Perito(a) **Dr. Nympha Carmen Akel Thomaz Salomão** na data de **27/11/19, às 9h30min, no Consultório situado na Rua Nossa Senhora do Carmo, nº 930, Boa Vista/RR, ao lado da Igreja Matriz.**

A parte deverá comparecer pessoalmente munido de seus documentos pessoais, do boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como, da documentação médica referente ao ocorrido: no prontuário médico, eventuais exames e receituários. O Autor fica desde já cientificado do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da prova pericial, seguindo-se o processo em seus de mais atos processuais.

Boa Vista/RR, 23/10/2019

DEBORA LIMA BATISTA

Diretora de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível

OBSERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema-CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é [HTTPS://projudi.tjrr.jus.br/projudi/](https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/). Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Atendimento ao PROJUDI, localizada no prédio anexo do Fórum Adv. Sobral Pinto, horário comercial. Informações adicionais: sap@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4733/ (95) 3198-4701.

29/10/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 29/10/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 29/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28)

EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (25/10/2019) e ao evento de expedição seq. 30.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

29/10/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 29/10/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 29/10/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24)

CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019) e ao evento de expedição seq. 26.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 30/10/2019

Movimentação: JUNTADA DE INFORMAÇÃO

Por: JEPHERSON AGUIAR DE SOUZA

Relação de arquivos da movimentação:

- RECEBIDO EM CORREIOS



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR -
CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

CARTA DE INTIMAÇÃO PARA COMPARECIMENTO À PERÍCIA
MÉDICA (AR)

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

Classe Processual: Procedimento Ordinário

Assunto Principal: Acidente de Trânsito

Valor da Causa: : R\$6.412,50

JUSTIÇA GRATUITA

Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

RUA GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR

Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DESTINATÁRIO:

Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

RUA: GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR CEP: 69.305-130

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível, da Comarca de Boa Vista-RR, fica a parte acima INTIMADA para comparecer à Perícia Médica a ser realizada no consultório do(a) douto(a) Perito(a) **Dr. Nympha Carmen Akel Thomaz Salomão** na data de **27/11/19, às 9h30min, no Consultório situado na Rua Nossa Senhora do Carmo, nº 930, Boa Vista/RR, ao lado da Igreja Matriz.**

A parte deverá comparecer pessoalmente munido de seus documentos pessoais, do boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como, da documentação médica referente ao ocorrido: no prontuário médico, eventuais exames e receituários. O Autor fica desde já cientificado do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da prova pericial, seguindo-se o processo em seus de mais atos processuais.

Boa Vista/RR, 23/10/2019

DEBORA LIMA BATISTA

Diretora de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível

OBSERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema-CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é [HTTPS://projudi.tjrr.jus.br/projudi/](https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/). Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Atendimento ao PROJUDI, localizada no prédio anexo do Fórum Adv. Sobral Pinto, horário comercial. Informações adicionais: sap@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4733/ (95) 3198-4701.



04/11/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 04/11/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 04/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019) e ao evento de expedição seq. 25.

Por: SISTEMA CNJ

05/11/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 05/11/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 04/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA (25/10/2019) e ao evento de expedição seq. 29.

Por: SISTEMA CNJ

06/11/2019: JUNTADA DE INFORMAÇÃO.

Data: 06/11/2019

Movimentação: JUNTADA DE INFORMAÇÃO

Por: KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Não recebido carta ar

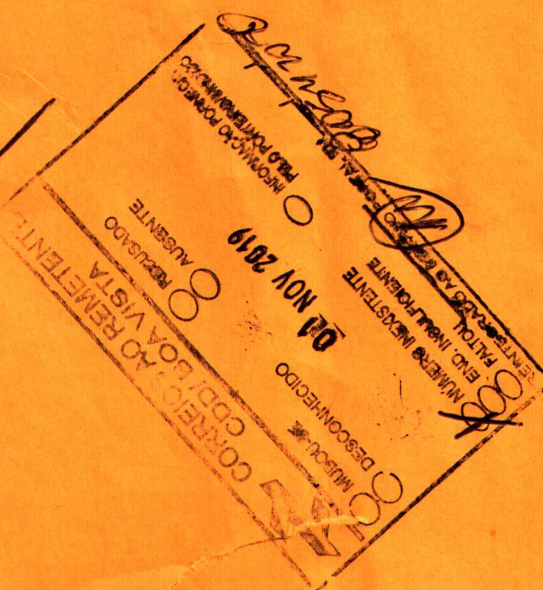


CEP: 69.305-130

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010



ALL THE
LIFE
RE
AO



06/11/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 06/11/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE INFORMAÇÃO (06/11/2019)

Por: KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA

06/11/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 06/11/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE INFORMAÇÃO (06/11/2019)

Por: KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA

06/11/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 06/11/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE INFORMAÇÃO (06/11/2019) e ao evento de expedição seq. 39.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

07/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 07/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019) e ao evento de expedição seq. 26.

Por: SISTEMA CNJ

07/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 07/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 28) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(25/10/2019) e ao evento de expedição seq. 30.

Por: SISTEMA CNJ

08/11/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 08/11/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 08/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE INFORMAÇÃO (06/11/2019) e ao evento de expedição seq. 38.

Por: LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA

12/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 12/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 24) CONCEDIDO O PEDIDO (22/10/2019) e ao evento de expedição seq. 25.

Por: SISTEMA CNJ

12/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 12/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 28) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(25/10/2019) e ao evento de expedição seq. 29.

Por: SISTEMA CNJ

14/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 14/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE INFORMAÇÃO(06/11/2019) e ao evento de expedição seq. 39.

Por: SISTEMA CNJ

14/11/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 14/11/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO

2617778- C3/ 2019-03525/ INVALIDEZ



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

Processo: 08191156420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 12 de novembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



			Nº DA CONTA JUDICIAL 1100109409055		
Nº DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 11/11/2019		AGÊNCIA (PREF / DV) 3797	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
DATA DA GUIA 08/11/2019		Nº DA GUIA 2617778		Nº DO PROCESSO 08191156420198230010	
				TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA BOA VISTA		ORGÃO/VARA 1- VARA CIVEL		DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 200,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO				TIPO DE PESSOA Juridico	CPF / CNPJ
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA				TIPO DE PESSOA Fisica	CPF / CNPJ 00187760276
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 9AEB419A32BF5FB5					
CÓDIGO DE BARRAS					



19/11/2019: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 19/11/2019

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 37) JUNTADA DE INFORMAÇÃO(06/11/2019) e ao evento de expedição seq. 38.

Por: SISTEMA CNJ

Data: 24/01/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 48) DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA(19/11/2019 00:06:52). Natureza: Intimação. Parte: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA. Identificador do Cumprimento: 0005

Por: SHAYENNE SEABRA CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Intimação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR -
CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

MANDADO DE INTIMAÇÃO - DILIGÊNCIA DO JUÍZO

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Acidente de Trânsito
Valor da Causa: : R\$6.412,50
Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA RUA GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
PESSOA A SER INTIMADA:
Autor(s) ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA RUA GENERAL PENHA BRASIL, 826/1 - SÃO FRANCISCO - BOA VISTA/RR

O(A) MM. Juiz (a) de Direito da vara supra, manda o(a) Oficial(a) de Justiça Avaliador(a) abaixo nominado que, proceda a INTIMAÇÃO da parte REQUERENTE acima, para que promova o andamento do referido processo no prazo de 05 (cinco) dias, sob pena de extinção do feito, sem resolução do mérito (art. 485, § 1º, do CPC).

Boa Vista, 24 de janeiro de 2020.

Shayenne Seabra Carvalho
Técnica Judiciária

SENHOR OFICIAL DE JUSTIÇA: De ordem do MM. Juiz de Direito, determino que no ato da CITAÇÃO/INTIMAÇÃO deverá ser informado o CPF e RG com a data de expedição, da parte PROMOVIDA.

OBSERVAÇÃO:

1. Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada.
2. Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Atendimento ao Processo Eletrônico, Localizada no prédio anexo do Fórum Adv. Sobral Pinto, horário comercial. Informações adicionais sap@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4733.

24/01/2020: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO.

Data: 24/01/2020

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 49) em 24/01/2020

09:09:44. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: Clariza Turmina

Monti. Parte: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Por: MANUELLA DE OLIVEIRA PARENTE

07/02/2020: RETORNO DE MANDADO.

Data: 07/02/2020

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 49) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (24/01/2020 09:09:44). Parte: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Por: Clariza Turmina Monti

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
CENTRAL DE MANDADOS CÍVEL DE BOA VISTA - PROJUDI
Rua Araújo Filho, 710 - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - E-mail: ceman@tjrr.jus.br

ANEXO I

CERTIDÃO

Nº do Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010 **Nº do Mandado:**

Destinatário: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

CPF:

Certifico que DEIXEI DE PROCEDER a:

<input checked="" type="checkbox"/> Intimação	
<input type="checkbox"/> Citação	<input type="checkbox"/> Vítima
<input type="checkbox"/> Condução	<input type="checkbox"/> Testemunha
<input type="checkbox"/> Prisão	<input type="checkbox"/> Réu
<input type="checkbox"/> Soltura	

(x) Em razão da pessoa mencionada no Mandado não está residindo no imóvel indicado, Sua ex-esposa, a Sra. Aline, informou que o Autor esta trabalhando no interior, não tem previsão de voltar e que não possui meio de comunicação no local onde esta trabalhando.

() Em razão da pessoa mencionada no Mandado não estar em sua residência no momento em que realizei as diligências, sem que houvesse suspeita de ocultação.

() Em razão do imóvel estar fechado, com características de estar desabitado.

() Em razão do imóvel estar fechado, todavia, moradores vizinhos afirmam que a pessoa a ser intimada/citada/conduzida/presa ali reside.

() Em razão do imóvel estar fechado, todavia, moradores vizinhos afirmam que a pessoa a ser intimada/citada/conduzida/presa não mais reside naquela casa.

() Em razão do imóvel estar fechado, todavia, moradores vizinhos não conhecem a pessoa a ser intimada/citada/conduzida/presa.

() Não localizei a numeração mencionada no Mandado.

() Não localizei a numeração mencionada no Mandado, pois, o número da residência passa/salta de para.

() A pessoa a ser intimada/citada/conduzida/presa encontra-se viajando, retornando a esta Capital somente após a data designada para realização do ato processual.

() O logradouro descrito no Mandado não existe na zona de trabalho deste serventuário.

() A pessoa a ser intimada/citada/presa encontra-se viajando, sem data prevista para retornar a esta Capital.

() A pessoa a ser intimada/citada/solta/presa não quis comparecer à carceragem.

*** Pessoa que prestou informação:**

NOVO ENDEREÇO/ENDEREÇO CORRETO:

--

DIAS E HORÁRIOS EM QUE REALIZEI AS DILIGÊNCIAS

3ª DILIGÊNCIA às h.

OBSERVAÇÕES:

--

Boa Vista, 7/2/2020 - 14h:15min

Clariza Turmina Monti
Oficial de Justiça



10/02/2020: JUNTADA DE COMPROVANTE.

Data: 10/02/2020

Movimentação: JUNTADA DE COMPROVANTE

Complemento: Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 49) em 24/01/2020 -

Referente ao evento DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
(19/11/2019). Parte: ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Por: MOISES TELES JESUS NETO

12/02/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 12/02/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA
com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 51) RETORNO DE MANDADO
(07/02/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

24/02/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 24/02/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 27/02/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 51) RETORNO DE MANDADO (07/02/2020) e ao evento de expedição seq. 53.

Por: SISTEMA CNJ

06/03/2020: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 06/03/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 51) RETORNO DE MANDADO (07/02/2020) e ao evento de expedição seq. 53.

Por: SISTEMA CNJ

16/03/2020: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 16/03/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

Data: 25/03/2020

Movimentação: JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO

Por: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Sentença



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

COMARCA DE BOA VISTA

1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa

Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 - E-mail:

1civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0819115-64.2019.8.23.0010

SENTENÇA

Adriano Kerley Vieira de Sousa, qualificado na inicial, interpõe a presente demanda judicial contra Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A pretendendo o recebimento de indenização securitária obrigatória decorrente de acidente automobilístico.

Afirma a autora, em síntese, que foi vítima de acidente automobilístico que lhe resultou na debilidade descrita na inicial e que a Seguradora efetuou o pagamento administrativo em quantia inferior à que lhe seria devida.

Desta forma, requer a condenação da parte ré ao pagamento do valor do saldo remanescente da indenização securitária (R\$ 6.412,50 – seis mil quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Juntou documentos.

Reconhecida a necessidade da assistência judiciária gratuita (EP. 6).

Citada, a parte ré apresentou contestação (EP. 14), arguindo a imprestabilidade do Boletim de Ocorrência como prova do sinistro; inexistência de sequela permanente; a quitação administrativa do valor devido; a necessidade de observância ao teto indenizatório, em razão de indenização de acidente anterior; a necessidade de realização de perícia médica; a aplicabilidade da Súmula 474 do STJ; da correção monetária nos termos da Súmula 580 do STJ; da incidência dos juros de mora a partir da citação; e discorreu sobre os honorários advocatícios.

Decisão de saneamento e organização do processo em que foi deferida a produção de prova pericial (EP. 24).

Agendamento de perícia médica (EP. 28).

Tentativas infrutíferas de intimação do autor (EPs 37 e 51, com informação de que o autor se mudou).

É o relatório que segue os requisitos do art. 489, inc. I, do Código de Processo Civil. Passo a enfrentar todos os argumentos deduzidos no processo capazes de infirmar minha conclusão (CPC, art. 489, inc. IV):

O seguro DPVAT, é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, as pessoas transportadas ou não, criado pela Lei nº 6.194/74, alterada pelas Leis nºs. 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, tendo por objetivo a reparação por eventual dano pessoal, independente de juízo de valor acerca da existência de culpa.

Presente a cobertura sempre que, em território nacional, vítima de acidente com veículo terrestre a motor, ou a respectiva carga, causando, necessária e diretamente a morte ou invalidez permanente de uma pessoa ou, ainda, a realização de despesa financeira para obtenção de assistência médica ou suplementar.

Vê-se, pois, que o art. 5º, da Lei n. 6.194/74 ao dispor que " O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente (...)", de fato traz a possibilidade da apresentação de singela prova para se auferir o prêmio, o que não significa dizer que a singeleza da prova não signifique a inexistência ou incerteza da prova.

No caso, os documentos acostados na inicial, revelam a existência de acidente, conforme Ficha de Atendimento emitida pelo SAMU e prontuário médico.

Todavia, não houve produção de prova suficiente a demonstrar a invalidez alegada e seu grau. Isso porque a prova pericial necessária para se atestar o grau de invalidez permanente do autor e eventual incorreção do percentual apurado administrativamente não pode ser realizada, ante a impossibilidade de intimação do autor para comparecimento ao ato.

Neste particular, ressalto que houve a intimação para fornecimento de endereço atualizado, conforme eventos 38 e 54, sem sucesso (CPC, art. 274, parágrafo único).

A prova sobre a constatação da invalidez está preclusa.



Rejeito, pois, o pedido (CPC, art. 487, inc. I)

Condeno o autor ao pagamento das custas, despesas processuais e dos honorários advocatícios, que arbitro em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, atualizado pela tabela deste Tribunal, observado o constante do artigo 98, §3º, do Código de Processo Civil (suspensão da exigibilidade no caso de concessão do benefício da assistência judiciária gratuita).

Liberem-se eventuais valores depositados em Juízo a título de honorários periciais depositados à seguradora. Devendo, esta, ser intimada para informar a conta para recebimento.

Transitado em julgado, arquivem-se os autos com as baixas de estilo.

Intimem-se. Cumpra-se.

Data, hora e assinatura registradas no sistema.^{su}

Bruno Fernando Alves Costa

Juiz de Direito



26/03/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 26/03/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

26/03/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 26/03/2020

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 (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

29/03/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 29/03/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020) e ao evento de expedição seq. 59.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

06/04/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 06/04/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020) e ao evento de expedição seq. 58.

Por: SISTEMA CNJ

26/05/2020: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 26/05/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020) e ao evento de expedição seq. 58.

Por: SISTEMA CNJ

26/05/2020: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 26/05/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 57) JULGADA IMPROCEDENTE A AÇÃO (25/03/2020) e ao evento de expedição seq. 59.

Por: SISTEMA CNJ

28/05/2020: TRANSITADO EM JULGADO EM 26/05/2020 .

Data: 28/05/2020

Movimentação: TRANSITADO EM JULGADO EM 26/05/2020

Complemento: Para o processo.

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

Data: 28/05/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE LEVANTAMENTO DE CUSTAS

Complemento: Referente ao evento (seq. 63) DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A(26/05/2020 00:10:41). Identificador do

Cumprimento: 0006

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 -
E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

CERTIDÃO

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

Certifico que deixei de intimar a parte sucumbente para pagamento de custas finais pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- () As custas processuais já foram pagas no início do processo.
- () As custas processuais foram dispensadas nos termos do art. 90, §3º, do CPC.
- (X) A parte sucumbente é beneficiária de justiça gratuita, EP. 6.

Marques Leandro Pereira da Silva
Técnico Judiciário
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)



Data: 28/05/2020

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
1ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - Térreo - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4734 -
E-mail: 1civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0819115-64.2019.8.23.0010

ATO ORDINATÓRIO

À parte requerida para, no prazo de 05 (cinco) dias, informar os dados bancários completos para a confecção do alvará para levantamento de saldo referente ao pagamento de perícia médica, nos termos do artigo 40, § 2º, da Portaria Conjunta nº 001 das Varas Cíveis, DJE 5876, de 14 de dezembro de 2016: § 2º. *O alvará/ofício de transferência somente será expedido se o interessado fornecer os dados completos necessários para sua confecção (nome e número do Banco, número de agência e conta, número ou código de operação se o Banco o exige, nome completo e CPF ou CNPJ do titular da conta) e se o titular da conta for a mesma pessoa que seria beneficiária do alvará ou autorizada a receber o valor em nome do beneficiário do alvará.*

Boa Vista, 28/5/2020.

(Assinado Digitalmente - PROJUDI)
Marques Leandro Pereira da Silva
Técnico Judiciário



28/05/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 28/05/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

08/06/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 08/06/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA) em 08/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020) e ao evento de expedição seq. 67.

Por: SISTEMA CNJ

18/06/2020: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA.

Data: 18/06/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA

Complemento: (P/ advgs. de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA *Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020) e ao evento de expedição seq. 67.

Por: SISTEMA CNJ

22/06/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 22/06/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

24/06/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 24/06/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020) e ao evento de expedição seq. 70.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

30/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 30/06/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO
ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2617778- C3/ 2019-03525/ INVALIDEZ



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

PROCESSO: 08191156420198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho retro, requer que seja expedido OFÍCIO/ALVARÁ DE TRANSFERÊNCIA DIRETA, nos termos do parágrafo único, do art. 906, CPC, para fins de devolução à ré do valor depositado nos autos, conforme anexo, e seus acréscimos legais, em favor da SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ/MF: 09.248.608/0001-04, autorizando ao Banco depositante a efetuar transferência na conta corrente nº 644000-2, Agência: 1912-7, do BANCO DO BRASIL S/A.

Requer ainda, seja determinado que o banco depositante junte aos autos o respectivo comprovante da transferência realizada através de TED da quantia expedida mediante ofício, possibilitando ao patrono da Ré realizar prestação de contas com maior clareza e transparência, informando o saldo líquido e a data exata da transferência realizada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 26 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

03/07/2020: EXPEDIÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE HONORÁRIOS PERICIAIS.

Data: 03/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE HONORÁRIOS PERICIAIS

Complemento: Referente ao evento (seq. 66) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO(28/05/2020 11:37:54). Identificador do Cumprimento: 0008

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

Relação de arquivos da movimentação:

- devolução de honorários periciais

PODER JUDICIARIO
RORAIMA TRIBUNAL DE JUSTIÇA - RR
ALVARA ELETRONICO DE PAGAMENTO N 20200702112330005981

Comarca	Vara
BOA VISTA	1ª VARA CIVEL
Numero do Processo	
08191156420198230010	
Autor	Reu
ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO
CPF/CNPJ Autor	CPF/CNPJ Reu
00000187760276	09248608000104
Data de Expedicao	Data de Validade
02/07/2020	30/10/2020

TOTAL DE PAGAMENTOS INFORMADOS NO MANDADO: 001

Numero da Solicitacao:	0001	Tipo Valor.....:	Total da conta
Valor.....:	203,78	Calculado em.....:02.07.2020
Finalidade.....:	Crédito em C/C BB	Tipo Conta.....:	Cta Corrente
Agencia.....:	000001912	Conta.....:	00000644000
DV da Conta.....:	2	Variacao Poupanca:	
Beneficiario.....:	SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO		
CPF/CNPJ Beneficiario:	09248608000104		
Tipo Beneficiario....:	Juridica		
Conta(s) Judicial(is):	1100109409055		

Página 1

03/07/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 03/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de ADRIANO KERLEY VIEIRA DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 73) EXPEDIÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE HONORÁRIOS PERICIAIS (03/07/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

03/07/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 03/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 73) EXPEDIÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE HONORÁRIOS PERICIAIS (03/07/2020)

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

03/07/2020: ARQUIVADO DEFINITIVAMENTE.

Data: 03/07/2020

Movimentação: ARQUIVADO DEFINITIVAMENTE

Por: Marques Leandro Pereira da Silva

08/07/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 08/07/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 08/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 73)

EXPEDIÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE HONORÁRIOS PERICIAIS (03/07/2020) e ao evento de expedição seq. 75.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO