

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2637472120200217092834

Processo 0803646-41.2020.8.23.0010 ☆ - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Defensor Público Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

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

Descrição:

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. ▼

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	12	17/02/2020 09:28:34	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	12.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2694719CONTESTACAO01.pdf Público
	12.2	Arquivo: docs	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2694719CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
	12.3	Arquivo: kit seguradora lider	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público
<input type="checkbox"/>	11	12/02/2020 09:47:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	10	11/02/2020 14:21:14	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JOELSON CASTRO SALES) em 11/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (05/02/2020) e ao evento de expedição seq. 7.
			Wallyson Barbosa Moura Advogado
	9	07/02/2020 12:44:00	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 07/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/>	8	07/02/2020 10:11:08	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé
			PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
	7	07/02/2020 10:10:11	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JOELSON CASTRO SALES com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (05/02/2020)
			PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
<input type="checkbox"/>	6	05/02/2020 11:51:49	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE
			Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
5	04/02/2020 17:30:42	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	04/02/2020 17:30:42	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	04/02/2020 17:30:42	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	04/02/2020 17:30:42	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	04/02/2020 17:30:41	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08036464120208230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOELSON CASTRO SALES**, 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 **20/02/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/06/2019.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez, haja vista que os documentos médicos apresentados nos autos não são capazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a presença de invalidez permanente.

Ademais, cumpre também ressaltar que o boletim de ocorrência apresentado somente foi elaborado após 04 meses do suposto sinistro, sendo realizado somente a partir das alegações da própria parte autora e sem a presença de testemunhas.

Cumpre 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 indenitória na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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, pugnano 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 05/06/2019 após 04 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 20/02/2019, 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.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS CONCLUSIVOS

A Lei que regula a indenização pleiteado pelo Autor é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

O autor apresentou sua tese de maneira simplista, pois segundo ela, bastaria informar ao juízo que a fora acometida de acidente automobilístico e sofre com dores em decorrência do sinistro.

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)

Em contrapartida, verifica-se na presente demanda que não há qualquer documento corroborando a suposta invalidez permanente, o autor não demonstra qualquer tratamento médico ou qualquer acompanhamento, fisioterapia o qual atestasse que o membro não exerceria a função da mesma forma natural.

Desta forma, sempre que um problema jurídico vai ter na indagação ou na pesquisa da causa, desponta a sua complexidade maior.


Mesmo que haja culpa e dano, não existe obrigação de reparar, se entre ambos não se estabelecer a relação causal.

Portanto, como não há nexo causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, I, da Lei Processual Civil.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190577703	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOELSON CASTRO SALES	Data do acidente: 20/02/2019	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO				
Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU ACENTUADO.				
Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.				
Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 21/10/2019				
Conduta mantida:				
Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.				
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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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.

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 irretroatável 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, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **20/02/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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:	25/10/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOELSON CASTRO SALES

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03906
CONTA: 000000009033-1

Nr. da Autenticação C4C55307931B054A

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.

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\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO 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 HOUE 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.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 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:

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

⁷ **art. 1º . (...)**

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, 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, 10 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 o 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 seqüela 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 seqüelas 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 cursam 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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ 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 **JOELSON CASTRO SALES**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08036464120208230010.

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Serviços do Seguro DPVAT
5502796

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do acidente: 20/02/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU ACENTUADO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do acidente: 20/02/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MOTORA DO MEMBRO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU ACENTUADO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO JOELHO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do acidente: 20/02/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190577703

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do acidente: 20/02/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO PLACA E PARAFUSO) P4 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @22 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Jaelson Castro Sales
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Pedreiro RG:
CPF: 814.690.802-06 ENDEREÇO: R. Tancredo Correia da Costa - 157
BAIRRO: Semeador Hélio Campos CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.316-6

VÍTIMA: Jaelson Castro Sales
CPF: 814.690.802-06 DATA DO ACIDENTE: 20.07.19
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Contador
Nº DO RG: 2.39717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/RR.
DATA DE EMISSÃO: 33/10/2016
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: R. CC-13 294 - Conj. Cidadão

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista - RR, 20 de Setembro de 2019

Jaelson Castro Sales
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



Jaelson Castro Sales



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0352797/19

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

CPF: 814.690.802-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON CASTRO SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JOELSON CASTRO SALES : 814.690.802-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577703

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

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



Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577703

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190577703

Vítima: JOELSON CASTRO SALES

Data do Acidente: 20/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTRO SALES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **JOELSON CASTRO SALES**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000009033-1**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 814690.802-06 4 - Nome completo da vítima: JOELSON COSTA SALES

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

5 - Nome completo: JOELSON COSTA SALES 6 - CPF: 814690.802-06
 7 - Profissão: Serviços gerais 8 - Endereço: Rua Parana do Oeste 157
 11 - Bairro: Hélio Campos 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: PR 14 - CEP: 09316625
 16 - Tel.(DDD): 91133855

DADOS CADASTRAIS

15 - E-mail: _____
 DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00009033 (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vainascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome e endereço completo do beneficiário não alfabetizado: _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Boa Vista 07.10.19
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOELSON COSTA SALES
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves F.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA - OFF LINE

BOLETIM Nº	2990/2019	DELEGADO	Douglas Gabriel da Cruz		
DATA:	05/06/2019	ATENDENTE	Carlos Eranes Benevenuto Miranda		
HORA DO REGISTRO	16h38min.	LOCAL DA OCORRÊNCIA	DATA	HORA DO FATO	
		Rua Laura Pinheiro Maia, em frente ao número 717 - Senador Hélio Campos.	20.02.2019	17h40min.	

Dados da Infração		
Cód. Infração	Infração	Qualificação
	Acidente de trânsito sem vítima fatal	

Dados do Comunicante/Vítima						
NOME	Joelson Castro Sales		CPF	814.690.802-06	RG	205703 SSPRR
DATA NASC.		IDADE	34 anos	SEXO	Masculino	COR Parda
PAI		MÃE	Darquea Jeane Castro Sales			
ESCOL.		NAT.	Boa Vista - RR			NAC. Brasileira
TEL.	99175 3852	ESTADO CIVIL	Solteiro	PROFISSÃO	Pedreiro	
ENDEREÇO	Rua S - 38, 171 - Senador Hélio Campos.					

Suposto Infrator						
NOME		CPF		RG		
DATA NASC.		IDADE		SEXO		RAÇA
PAI		MÃE				
ESCOL.		NAT.				NAC.
TEL.		ESTADO CIVIL		PROFISSÃO		
ENDEREÇO						

Objetos Envolvidos		
Item	Qtd.	Descrição
01	01	Motocicleta Honda/CG 160 Fan ESD, cor preta, placa NAP 8817, chassi final 7803.

HISTÓRICO

O(A) comunicante acima qualificado(a) compareceu a esta unidade de polícia distrital para relatar acidente de trânsito envolvendo o seu veículo e um reboque que era puxado por outra motocicleta, da qual o comunicante não conseguiu anotar o número da placa. Informa que ao cruzar com a outra motocicleta, foi surpreendido pelo impacto do reboque vindo de encontro ao comunicante, que foi ao chão com várias fraturas e escoriações. Informa que uma viatura da Polícia Militar esteve no local, juntamente com uma viatura do SAMU, que conduziram o comunicante para o Pronto Socorro do Hospital Geral de Roraima. Diante dos fatos ora apresentados, pede providências à autoridade competente. É o relato sucinto.

O comunicante confere, assina e recebe uma via do presente boletim de ocorrência.



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DELEGACIA DE POLÍCIA DISTRITAL
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Carlos Ernanes Benevenuto Miranda
Agente de Polícia
Matrícula 42000447

Joelson Castro Sales
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA
 "AMAZÔNIA - Patrimônio dos Brasileiros"



AUTO DE INFRAÇÃO

Lei 9.503/97

A PARTIR DA DATA DO COMETIMENTO DESTA INFRAÇÃO DE TRÂNSITO, FICA O CONDUTOR, SENDO ESTE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, NOTIFICADO DA AUTUAÇÃO, PARA QUERENDO, NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS, APRESENTAR DEFESA DA AUTUAÇÃO, OBSERVADO O DISPOSTO NO ARTIGO 18 E SEU PARÁGRAFO ÚNICO, DA RESOLUÇÃO DO CONTRAN Nº 404/2012.

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTUAÇÃO

1.1 - CÓDIGO DO ÓRGÃO AUTUADOR
123100

1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO AUTO DE INFRAÇÃO

A157 N° **039041**

BLOCO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

2.1 - PLACA **NAP 8117** 2.5 - UF **RR** 2.4 - PAÍS

2.2 - MARCA
 VW FIAT PEUGEOT GM TOYOTA MERCEDES KIA FORD DODGE RENAULT MITSUBISHI AUDI CITROËN NISSAN

HONDA YAMAHA SUZUKI SUNDOWN OUTRA

2.3 - ESPÉCIE
 PASSAGEIRO CARGA MISTO TRAÇÃO COMPETIÇÃO ESPECIAL COLEÇÃO

BLOCO 3 - IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR

3.1 - NOME
WILSON LAURICILDES

3.2 - N° DO DOCUMENTO DE HABILITAÇÃO DO CONDUTOR **11630627 RR** 3.3 - UF **RR** 3.4 - CPF **-**

BLOCO 4 - IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL, DATA E HORA DO COMETIMENTO DA INFRAÇÃO

4.1 - LOCAL
AV. BR-163 - KM 18 - BOA VISTA

4.2 - DATA **12/12/14** 4.3 - HORA **18:20** 4.4 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO **03** 4.5 - NOME DO MUNICÍPIO **BOA VISTA** 4.6 - UF **RR**

5.1 - CÓDIGO DA INFRAÇÃO **-** 5.2 - DESD **-** 5.3 - DESCRIÇÃO DA INFRAÇÃO

Cód./Desd.	Descrição de infração	Cód./Desd.	Descrição de infração
501-0-0	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo sem possuir CNH/PPD/ACC	659-9-2	<input type="checkbox"/> Conduzir o veículo registrado que não esteja devidamente licenciado
504-5-0	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo com validade da CNH ou PPD vencida há mais de 30 dias	661-0-2	<input type="checkbox"/> Conduzir o veículo com a característica alterada
516-9-1	<input type="checkbox"/> Dirigir sob a influência de álcool	691-2-0	<input type="checkbox"/> Conduzir veículo sem os documentos de porte obrigatório referidos no CTB
518-5-1	<input type="checkbox"/> Deixar o condutor de usar o cinto de segurança	703-0-1	<input type="checkbox"/> Conduzir motocicleta, motoneta e ciclomotor sem capacete de segurança
518-5-2	<input type="checkbox"/> Deixar o passageiro de usar o cinto de segurança	763-3-1	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo segurando telefone celular
605-0-1	<input type="checkbox"/> Avançar o sinal vermelho do semáforo	763-3-2	<input type="checkbox"/> Dirigir veículo manuseando telefone celular

TIPO DE MEDIÇÃO
 VELOCIDADE (Km/h) ALCOOLEMIA (mg/L)
 PESO (Kg) TRANSMITÂNCIA LUMINOSA (%)
 NÍVEL DE RUÍDO (dB) OUTRO ()

5.4 - EQUIPAMENTO / INSTRUMENTO DE AFERIÇÃO UTILIZADO - MARCA / MODELO / N° DE SÉRIE
 Descrição: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Número: _____

5.5 - MEDIÇÃO REALIZADA _____ 5.6 - LIMITE REGULAMENTADO _____ 5.7 - VALOR CONSIDERADO _____

5.8 - OBSERVAÇÕES
NAO SE TRATA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NAO SE TRATA DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO NAO SE TRATA DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

BLOCO 7 - IDENTIFICAÇÃO DO EMBARCADOR/TRANSPORTADOR
 7.1 - NOME _____ 7.2 - CPF / CNPJ _____

BLOCO 6 - IDENTIFICAÇÃO DA AUTORIDADE OU DO AGENTE AUTUADOR
 6.1 - CÓDIGO DO AGENTE _____ 6.2 - ASSINATURA DO AGENTE _____

BLOCO 9 - ASSINATURA DO CONDUTOR
 9.1 - ASSINATURA _____

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do INSS ou AD: 874.690.802-06 3 - CPF do vítima: 874.690.802-06 4 - Nome completo da vítima: William Pontes Sales

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

5 - Nome completo: William Pontes Sales 6 - Nº: 874.690.802-06
 7 - Profissão: Secretário de TI 8 - Endereço: Rua Barão do Cabo 9 - Número: 157 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Italo Pompeu 12 - Cidade: Rua União 13 - Estado: PA 14 - CEP: 01316-25
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD) 11 13.3858

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, existir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 R\$ 0,00
 R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00
 R\$ 2.000,00 A R\$ 2.000,00
 R\$ 3.000,00 A R\$ 3.000,00
 R\$ 4.000,00 A R\$ 4.000,00
 R\$ 5.000,00 A R\$ 5.000,00
 R\$ 6.000,00 A R\$ 6.000,00
 R\$ 7.000,00 A R\$ 7.000,00
 R\$ 8.000,00 A R\$ 8.000,00
 R\$ 9.000,00 A R\$ 9.000,00
 R\$ 10.000,00 A R\$ 10.000,00
 R\$ 11.000,00 A R\$ 11.000,00
 R\$ 12.000,00 A R\$ 12.000,00
 R\$ 13.000,00 A R\$ 13.000,00
 R\$ 14.000,00 A R\$ 14.000,00
 R\$ 15.000,00 A R\$ 15.000,00
 R\$ 16.000,00 A R\$ 16.000,00
 R\$ 17.000,00 A R\$ 17.000,00
 R\$ 18.000,00 A R\$ 18.000,00
 R\$ 19.000,00 A R\$ 19.000,00
 R\$ 20.000,00 A R\$ 20.000,00
 R\$ 21.000,00 A R\$ 21.000,00
 R\$ 22.000,00 A R\$ 22.000,00
 R\$ 23.000,00 A R\$ 23.000,00
 R\$ 24.000,00 A R\$ 24.000,00
 R\$ 25.000,00 A R\$ 25.000,00
 R\$ 26.000,00 A R\$ 26.000,00
 R\$ 27.000,00 A R\$ 27.000,00
 R\$ 28.000,00 A R\$ 28.000,00
 R\$ 29.000,00 A R\$ 29.000,00
 R\$ 30.000,00 A R\$ 30.000,00
 R\$ 31.000,00 A R\$ 31.000,00
 R\$ 32.000,00 A R\$ 32.000,00
 R\$ 33.000,00 A R\$ 33.000,00
 R\$ 34.000,00 A R\$ 34.000,00
 R\$ 35.000,00 A R\$ 35.000,00
 R\$ 36.000,00 A R\$ 36.000,00
 R\$ 37.000,00 A R\$ 37.000,00
 R\$ 38.000,00 A R\$ 38.000,00
 R\$ 39.000,00 A R\$ 39.000,00
 R\$ 40.000,00 A R\$ 40.000,00
 R\$ 41.000,00 A R\$ 41.000,00
 R\$ 42.000,00 A R\$ 42.000,00
 R\$ 43.000,00 A R\$ 43.000,00
 R\$ 44.000,00 A R\$ 44.000,00
 R\$ 45.000,00 A R\$ 45.000,00
 R\$ 46.000,00 A R\$ 46.000,00
 R\$ 47.000,00 A R\$ 47.000,00
 R\$ 48.000,00 A R\$ 48.000,00
 R\$ 49.000,00 A R\$ 49.000,00
 R\$ 50.000,00 A R\$ 50.000,00
 R\$ 51.000,00 A R\$ 51.000,00
 R\$ 52.000,00 A R\$ 52.000,00
 R\$ 53.000,00 A R\$ 53.000,00
 R\$ 54.000,00 A R\$ 54.000,00
 R\$ 55.000,00 A R\$ 55.000,00
 R\$ 56.000,00 A R\$ 56.000,00
 R\$ 57.000,00 A R\$ 57.000,00
 R\$ 58.000,00 A R\$ 58.000,00
 R\$ 59.000,00 A R\$ 59.000,00
 R\$ 60.000,00 A R\$ 60.000,00
 R\$ 61.000,00 A R\$ 61.000,00
 R\$ 62.000,00 A R\$ 62.000,00
 R\$ 63.000,00 A R\$ 63.000,00
 R\$ 64.000,00 A R\$ 64.000,00
 R\$ 65.000,00 A R\$ 65.000,00
 R\$ 66.000,00 A R\$ 66.000,00
 R\$ 67.000,00 A R\$ 67.000,00
 R\$ 68.000,00 A R\$ 68.000,00
 R\$ 69.000,00 A R\$ 69.000,00
 R\$ 70.000,00 A R\$ 70.000,00
 R\$ 71.000,00 A R\$ 71.000,00
 R\$ 72.000,00 A R\$ 72.000,00
 R\$ 73.000,00 A R\$ 73.000,00
 R\$ 74.000,00 A R\$ 74.000,00
 R\$ 75.000,00 A R\$ 75.000,00
 R\$ 76.000,00 A R\$ 76.000,00
 R\$ 77.000,00 A R\$ 77.000,00
 R\$ 78.000,00 A R\$ 78.000,00
 R\$ 79.000,00 A R\$ 79.000,00
 R\$ 80.000,00 A R\$ 80.000,00
 R\$ 81.000,00 A R\$ 81.000,00
 R\$ 82.000,00 A R\$ 82.000,00
 R\$ 83.000,00 A R\$ 83.000,00
 R\$ 84.000,00 A R\$ 84.000,00
 R\$ 85.000,00 A R\$ 85.000,00
 R\$ 86.000,00 A R\$ 86.000,00
 R\$ 87.000,00 A R\$ 87.000,00
 R\$ 88.000,00 A R\$ 88.000,00
 R\$ 89.000,00 A R\$ 89.000,00
 R\$ 90.000,00 A R\$ 90.000,00
 R\$ 91.000,00 A R\$ 91.000,00
 R\$ 92.000,00 A R\$ 92.000,00
 R\$ 93.000,00 A R\$ 93.000,00
 R\$ 94.000,00 A R\$ 94.000,00
 R\$ 95.000,00 A R\$ 95.000,00
 R\$ 96.000,00 A R\$ 96.000,00
 R\$ 97.000,00 A R\$ 97.000,00
 R\$ 98.000,00 A R\$ 98.000,00
 R\$ 99.000,00 A R\$ 99.000,00
 R\$ 100.000,00 A R\$ 100.000,00

21 - DADOS DA CONTA:
 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO
 CONTA POUPOANÇA (Somente para beneficiários de 16 a 17 anos) CONTA CORRENTE (Indenização)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (164)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 3404 CONTA: 00009033 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Número da agência) (Número da conta) (Número da agência) (Número da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso de Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e concordando desde já e somente após a efetivação do crédito, qualificação em nome do valor recebido.

22 - 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 (Lei nº 6.294/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento do arrolamento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/71.
 Declaro que este arrolamento não significa prévia concordância com a perícia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Cônjuge Filho Pai Mãe Irmão Outros Nenhum
 26 - Vítima deixou dependente(s): Sim Não
 27 - Se alguma das suas dependente(s) informar o nome completo:
 28 - Vítima possui filhos vivos: Sim Não
 29 - Se sim, informar o nome e data de nascimento: _____
 30 - Vítima possui filhos falecidos: Sim Não
 31 - Vítima possui irmãos vivos: Sim Não
 32 - Se sim, informar o nome e data de nascimento: _____
 33 - Vítima possui pais/falados: Sim Não
 34 - Vítima possui pais/vivos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte somente depois de 30 dias que se apresentarem o presente arrolamento, estando eu, eu, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além de incorrer em multa criminal por infração do Artigo 259 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (se não): _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (se não): _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (se não): _____
 38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rua União 07.10.19
William Pontes Sales
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

William Pontes Sales Forasteiro
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
 43 - Assinatura do Promotor (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

N° 0298

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO III EQUIPE: DAIANE / NARAYAN



Paciente: TOELSON CASTRO SALES Idade: 34 Sexo: M
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena/Etnia
 Endereço: HC 19 - PX: Bairro: Senado Helió

N° 2792 DATA 20/02/19 HORA J/9: 18:23 BASE () VIA () () RÁDIO
 Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo Furtado HORA J/10: 18:50 () CELULAR
 MOTIVO INICIAL: moto x moto (carrosinha)
 INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input checked="" type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Assento para criança
		<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Bicicleta
		<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Animal
		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Outro

AVALIAÇÃO INICIAL

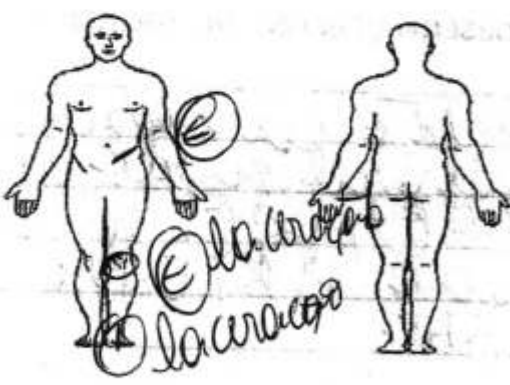
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 19:08	120/80	76	19	100				
Fim 19:23	120/80	77	19	100				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

- LESÃO IDENTIFICADA
- 1 - Dor
 - 2 - Hematoma
 - 3 - Contusão
 - 4 - Escoriação
 - 5 - Laceração
 - 6 - Luxação
 - 7 - Fratura fechada
 - 8 - Fratura exposta
 - 9 - Amputação
 - 10 - Evisceração
 - 11 - Afundamento de crânio
 - 12 - Ferimento penetrante
 - 13 - Tórax instável
 - 14 - Enfisema subcutâneo
 - 15 - Ferida aspirativa
 - 16 - Empalamento
 - 17 - Outros



ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Ao comando
- 2 - À dor
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza a dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> FV |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal | <input type="checkbox"/> TV |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> AESP |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Assistolia |

AFECÇÃO CLÍNICA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Metabólica |
| <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Infecçiosa |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | |
| <input type="checkbox"/> Digestiva | |

HISTÓRIA PEGRESSA

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> HAS | |
| <input type="checkbox"/> Medicação de uso | |

GRAVIDADE COMPROVADA

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ileso | <input type="checkbox"/> Pequena | <input checked="" type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Severa | <input type="checkbox"/> Óbito |
|--------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|

Dr. Marcos Felipe Diniz
Médico
CRM/RN 19888

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 27/09/19
Rúbrica

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vituare)

INCIDENTES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Hospitalização |
| <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento | <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local |
| <input type="checkbox"/> Trote | |

MEIOS ACIONADOS

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Polícia Militar | <input type="checkbox"/> Bombeiro |
| <input type="checkbox"/> Guarda Municipal | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> SMTRAN | |

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____	RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____	RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/>	Movimentos fetais presentes	<input checked="" type="checkbox"/>	Partes fetais na vulva	<input checked="" type="checkbox"/>		
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/>	Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/>	Com cartão da gestante	<input type="checkbox"/>		
BCF:	<input type="checkbox"/>	Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/>	Sem cartão da gestante	<input type="checkbox"/>		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/>	Aspiração	<input type="checkbox"/>	Máscara laringea	<input type="checkbox"/>	Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/>	Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/>	Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/>	Gula de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/>	Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/>	Curativos
<input type="checkbox"/>	Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/>	Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/>	Headblock	<input type="checkbox"/>	Parto vaginal
<input type="checkbox"/>	Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/>	Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/>	Prancha longa	<input type="checkbox"/>	Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/>	Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/>	Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/>	Tirantes	<input type="checkbox"/>	Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/>	Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/>	Descompressão torácica	<input type="checkbox"/>	KED	<input type="checkbox"/>	Outros:
<input checked="" type="checkbox"/>	Acesso venoso Gelco n° 18	<input type="checkbox"/>	Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/>	Acesso intraósseo		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	2g	EV	19:08				
SFB, 91.500ml		EV	19:08				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão carrozinha da moto
 x moto LITE verbalizando, apresentando
 flanco (E), pulso (E), pe (E) lacerações, CISSUV
 preservados, ao MR, ao AT
 em apoio a SAV.

SAMU 192-BV
 CONFERE COM ORIGINAL
 Em 27/09/19
 C. B. B. M. L.
 Rubrica

Duizentos e noventa e sete

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaulson Castro Sales inscrito (a) no CPF. sob o Nº 814.690.802/06 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Jaulson Castro Sales, inscrito (a) no CPF sob o Nº 814.690.802/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>CC. 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Parque Maria</u>	Cidade <u>Bonito</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.318-050</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>991133855</u>

Bonito, 08 de outubro de 19
Local e Data

William Gonalves Franco
Assinatura do Declarante

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 | SAL (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Francisco de Oliveira Araujo

RG nº 554 750-4 data de expedição 07/08/2018

Órgão SSP/RR portador do CPF nº 404.649.112-49

com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Luiz Reis Criste, nº 760

complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Joelson Castro Sales, cujo o condutor era

Joelson Castro Sales

Veículo: PASIMOTOCICLETA Modelo: HONDA CG FAN ESD Ano: 2016-2016

Placa: NAP 8817 Classi: 9C2K 220068067803

Data do Acidente: 20/02/2019

Local e Data: BOA VISTA / RR 10/06/2019



Francisco de Oliveira Araujo
Assinatura do Declarante



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

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Bo...
Daniel Aquino - Tabelião
Av. Aracê Torres, 4001 - Boa Vista
Roraima - CEP: 69212-000
Fone: (93) 3421...
E-mail: daniel.aquino@cartorio...
1163275cfe8190b486a
Reconhecido por VERDADEIRA(s) firma(s)
FRANCISCO CASTRO SALES - FRANCISCO DE OLIVEIRA
ARAÚJO
Em testemunho da verdade. BPF
De que deu fé. Boa Vista/RR, 10 de junho de 2019.
Consulte este selo(s) abaixo em cidades.cartorio.com.br
REC/FIR1582966PDTTZA2TYTD988 / REC/FIR1582966J5T7N6V6X43H983 /
Emolumentos: R\$ 4.90 Fundos/ISS: R\$ 1.10 Total: R\$ 9.00

União VUC
01.03.19
Melo

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR/RR - HGRS
Av. Rigoberto Francisco Gomes, 3208

Residência
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar

Residência
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar

Residência
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar
 Vila Militar

1007075FT3 20002013.19.31.30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 13

Nome	Nome Completo	Idade	CNS	CPF	Presente
JOELSON CASTRO SALES	10/10/1984	34 A 4 M 10 D	700808486373184	81469080208	
Nome do Documento	Orgão Emissor/Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE 205703	SESP/RR	M		PARDA	BRASILEIRA
Nome	Endereço	Profissão	Contato		
MARQUEA JEANE CASTRO SALES	RUA - 5-38 - 154 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR	NI	(95) 99175-3852		
Ocupação					NÃO INFORMADA

Classificação de Risco	Plano Corvânico	Nº de Carteira	Validade	Autoregulação	Sis. Preval
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo de Atendimento	Categoria de Atendimento	Profissional de Atendimento	Prescrição	Local	Horário
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sobrecarga	Tipo de Urgência	Processamento	Região de At. ALEXSANDRO PEREIRA		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomas Respiratórios Suspeita de Dengue

Primo de moto

Anamnese de Enfermagem
apresenta escoriação na região

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
anterior do abdome, lucido e arborizado
nível hemi-ocelular

Exame Físico
Fusões de am no fôlego e feno

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
 RAO-X ULTRASSON TC SANGUE URINA EEG OUTROS

PRESCRIÇÃO
1. R. prima

2. Tensão com 40g
3. Deposição em (N)
Médica
CARMEN 2855

Conduta
 Alta por Decisão Médica
 Alta e Paciência
 Alta e Revolté
 Transferência para: *Outro dia*
 Amputação
 Observação (Alta 24h)
 Internação
Data e hora da alta: _____

Objeto
Anexo de 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IIA. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável _____
Carimbo e Assinatura do Médico _____

Imagem em ultrassom parietal
Data: 01/03/2019 15:33:47



NIR

Trans: 04/03/19

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: HOSP

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HOSP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DESTINATÁRIO: HOSP

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: JOSE CARLOS COSTA SALES

6 - DATA DE NASCIMENTO: 10/10/84

7 - SEXO: M

8 - ENDEREÇO DO PACIENTE: Rua S-38, 154, Sem. Helio Campos, Boa Vista

9 - CID: R10.1

10 - TIPO DE INTERNAÇÃO: EM UCI

11 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO: 772 Cururu

12 - PRINCIPAIS DOENÇAS OU PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS: HT + Ex. Gln

13 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: HT + Ex. Gln

14 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: COA

15 - NOME DO MÉDICO SOLICITANTE: DR. WAG

16 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO: DR. WAG

17 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 772 Cururu

18 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO: 772 Cururu

19 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO PACIENTE: 772 Cururu

20 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO SOLICITANTE: 772 Cururu

21 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO: 772 Cururu

22 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: DR. WAG

23 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 772 Cururu

24 - DATA DE EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: 04/03/19

25 - NOME DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO: 772 Cururu

26 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DESTINATÁRIO: 772 Cururu

27 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO PACIENTE: 772 Cururu

28 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DO PACIENTE: 772 Cururu

0408050824
5724
WAG



GOVERNO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

CAPIULAS (CAPSULA)

TIPO DE CAPSULA:

Osteomínimo joelho (B) - Fratura Externa

Data: 20/02/13

Nº DO PROMISSÃO:

Nome: Jackson Castro Sales

Idade: 34

Valor: Interno 100 100

Cover:

Modelo: Raimundo, Nomura

Local de fabricação:

Materiais Utilizados:

01 Fixador Externo 300mm

Lote: 05C208 Código: P09 e 208
FABRIL DE FERRAGENS OESTE S.A. - UNIFA
R. BOMFIM, 112 - 56754
Fabrico: 25/08/2012 Val: 108/2022
Registro ANVISA Nº: 800383650031
Material: Aço Inox / Alumínio

Lote: 082603 Código: AF35 B 093
Linha TRAVELER AD OSEPO 5700 45 X 200 X 1

Fabrico: 15/08/2012 Val: 108/2022
Registro ANVISA Nº: 800383650026
Material: Aço Inox F138

Ltda Guilherme Siqueira Ltda - EPP
CNPJ: 04.859.822/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3636-1910 - contato@guilherme.com.br

Dr. Marcos Bragança
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.279

1º VIZINHO DO PACIENTE

2º VIZINHO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria Municipal de Saúde

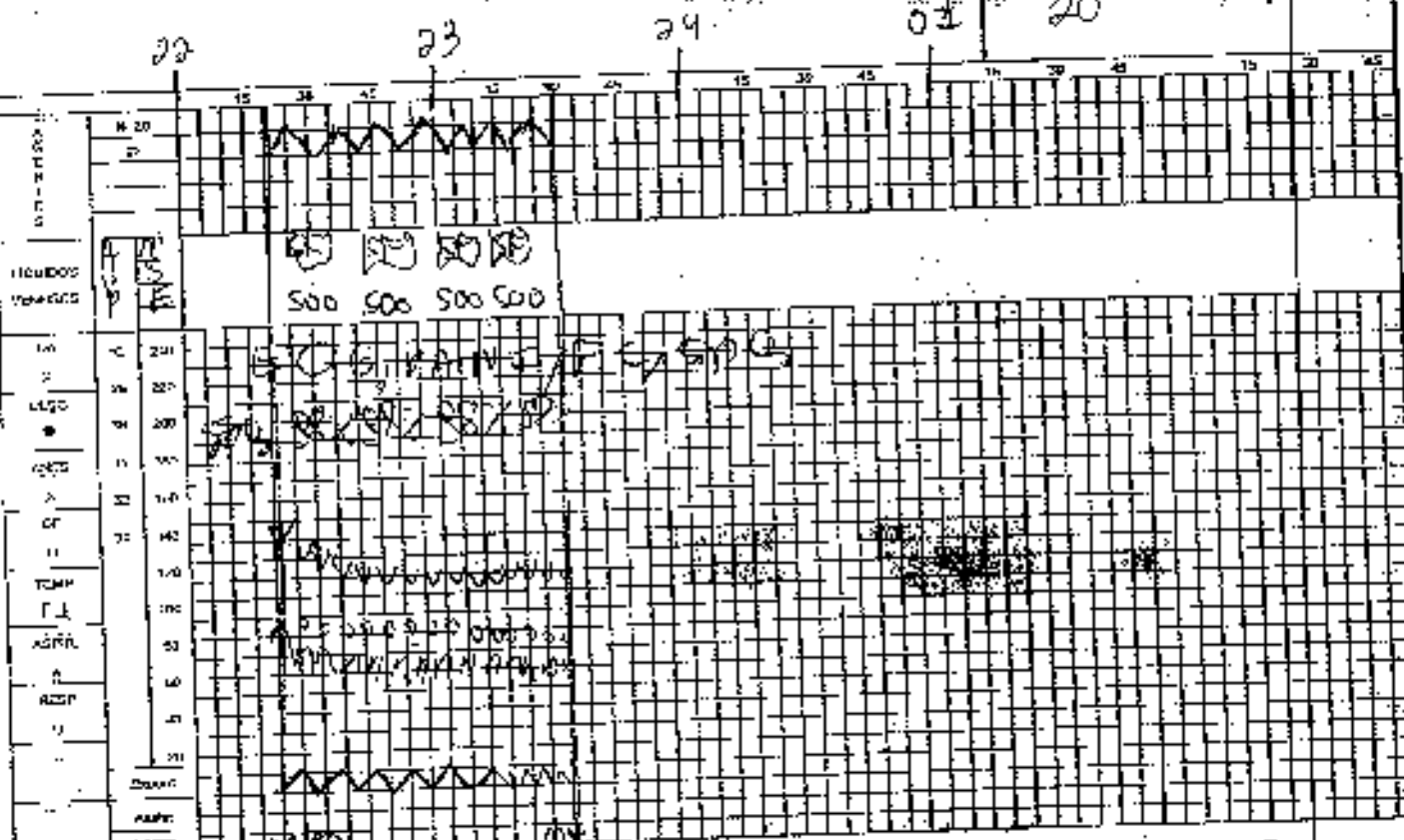
Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Wilson Castro Sales

Adriano
S. de A. Silva

PRÉ-MEDICAÇÃO TIPO - DOSE - HORA - EFEITO



AGENCIAS: Propofol 0.5% 15mg

AGENCIAS: Rocuronio 10mg, Vecuronio 10mg, Sufentanil 50mcg, Fentanyl 50mcg, Midazolam 15mg, Oxalotina 150mg, Sufentanil 50mcg, Fentanyl 50mcg, Oxalotina 150mg, Sufentanil 50mcg, Fentanyl 50mcg, Oxalotina 150mg

AGENCIAS: SF 0, 5% 2000ml

AGENCIAS: 2000ml

AGENCIAS: T+O cirurgia de Endone Externa

AGENCIAS: Dr. Erick

AGENCIAS: R. J. Pereira

AGENCIAS: Dr. Inax

AGENCIAS: R. J. Moreira

AGENCIAS: R. J. Batista

AGENCIAS: 15mg

AGENCIAS: 4) Anestésico 600mg IV

AGENCIAS: 5) Gentamicina 240mg IV

AGENCIAS: encaminhado a SAPA





410-1

Person [Signature]

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/02/19 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: fr. esp. femora direita (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TPO [Signature]

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

INDICAÇÕES E ACIDENTES: [Signature]

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: [Signature]

CIRURGIÃO: [Signature] 1º AUXILIAR: [Signature]

2º AUXILIAR: [Signature] INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 Paciente com RAA 70% avulsa
- 2 avulsa + fratura
- 3 pul. 100. 500. 99.
- 4 [Signature]
- 5 fratura esp. femora direita avulsa
- 6 RAA

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 101718R



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

440-5

ESTAB. GEN. DE DOENÇAS PSÍQUICAS

CRIADO DE / SEXO

QUANTO 240 LEITO 1

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PELSON Castro Soares

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RUA-DIÁRIO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

20/07/74

Diário de enfermagem

MANUTENÇÃO

06 - 08 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 26 - 28 - 30 - 32 - 34 - 36 - 38 - 40 - 42 - 44 - 46 - 48 - 50 - 52 - 54 - 56 - 58 - 60 - 62 - 64 - 66 - 68 - 70 - 72 - 74 - 76 - 78 - 80 - 82 - 84 - 86 - 88 - 90 - 92 - 94 - 96 - 98 - 100

06 - 08 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 26 - 28 - 30 - 32 - 34 - 36 - 38 - 40 - 42 - 44 - 46 - 48 - 50 - 52 - 54 - 56 - 58 - 60 - 62 - 64 - 66 - 68 - 70 - 72 - 74 - 76 - 78 - 80 - 82 - 84 - 86 - 88 - 90 - 92 - 94 - 96 - 98 - 100

06 - 08 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 26 - 28 - 30 - 32 - 34 - 36 - 38 - 40 - 42 - 44 - 46 - 48 - 50 - 52 - 54 - 56 - 58 - 60 - 62 - 64 - 66 - 68 - 70 - 72 - 74 - 76 - 78 - 80 - 82 - 84 - 86 - 88 - 90 - 92 - 94 - 96 - 98 - 100

06 - 08 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 26 - 28 - 30 - 32 - 34 - 36 - 38 - 40 - 42 - 44 - 46 - 48 - 50 - 52 - 54 - 56 - 58 - 60 - 62 - 64 - 66 - 68 - 70 - 72 - 74 - 76 - 78 - 80 - 82 - 84 - 86 - 88 - 90 - 92 - 94 - 96 - 98 - 100

Dr. ...
Médico Assistente
Quirúrgico e Traumatológico
CRM 35474

paciente admitido em 24.20.1974
diagnóstico: ...

Assinatura do Médico
Enfermeiro
Assistente Social

06 - PA - 106 / 53

P - 66
T - 36.5

Assinatura do Médico
Enfermeiro
Assistente Social



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

HGV

4140
1

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTIC FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2 DATA 21/02/2019

IDADE 34

LEITO 410-1

DATA

21/02/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 AVP
- 4 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS
- 7 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1, 21/02)
- 8 PLASB 10MG EV 8/8H S/N
- 9 DIFPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N
- 10 TRAMAL 100MG + SF0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
- 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
- 13 OMLPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N
- 14 SSVV + CCGG 6/6 H
- 15 CURATIVO DIARIO

[Handwritten signatures and notes in the prescription table]

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

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BFG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	T
8 H				
12 H	100/60	68	20	36,6
18 H	120/80	68	20	36,6
24 H	DEFICIT DE FUNC.			

Dr. Quinchi Cremir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

22/02/19
Od. L...



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

440
1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DM 10/10/1988

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2
LEITO 410-1 DATA 22/02/2018

IDADE 34 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS	
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)	
8	PLASIL 100MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DL 6/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PA5 > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200 250; 2UI 251-300; 4UI 301-350; 6UI 351-400; 8UI ≥ 400; 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG. LÓRGE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLÉRICO, PULSARTE,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	65	-	36.3
18 H	102/56	55	19	36.4
24 H	110/60	60	20	36.4

Dr. Odinali Okemir
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1451 RR

940-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019 DIH: UN: 10/10/1984

PACIENTE: JOELSON CASTRO SALES
 AGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS: HAS LEITO: 410-1 DM2: DATA: 24/02/2019

IDADE: 34 HORÁRIO: SALES

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE	SALES
2	AVP	12/18/24/0/6
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS	7/6
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)	
8	PI ASIL 10MG EV 8/8H S/N	SA
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	Feito: amarelo
10	TRAMAL 100MG + SI 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SA
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V O S/N	
14	SSVV + COGG 6/6 H	Rotina: M
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	<p>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% 4U ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BEG, LOITE, ADIANÓTICO, ANICTÉRICO, AELRRIL. FUPNFICO,
 NÓRMOCORADO, HIDRATAIDO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANEJA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/76	80	29	36.2
18 H	130/80	74	28	36.2
24 H	130/80	74	29mpm	36.2
06h	130/60	79	29mpm	36.4

D: Odiaschi Okemari
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRP 1853-PA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019 DIH: 10/10/1981

PACIENTE: JOELSON CASTRO SALES

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS: TIAS DM2 DATA: 23/02/2019

IDADE: 34 LEITO: 410-1

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CLINDAMICINA 600MG FV 6/6HRS	
4	GENTAMICINA 240MG FV 1 X AO DIA (D1- 21/02)	
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
6	DIFIRONA 10 EV DE 6/6H S/N	
7	TRAMAL 100MG + SFO.0% 100ML EV DE 8/8H SL DOR INTENSA	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
9	SIMPLICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	
10	OML PRAZO 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP VO S/N	
11	SSVV + COGG 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SI)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L GLICOSE
50% 40 MI EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, PUPÍLICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDIÇÃO: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	103/60	FC 60	FR 14	36°C
12 H	110/42	68	22	36,3°
18 H	112/90	72	18	36,5°
24 H	102/62	72	16	36°C

Dr. Odinaeli Okemiti
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Cm 1851-RR

07 de 196.
Paciente no leito, dados vitais estáveis,
sem alterações de urgência,
que atendidos de emergência.



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

440
1

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019 DDI: DN: 10/10/198

PACIENTE: JOELSON CASTRO SALES
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS: HAS DM2
LEITO: 410-1 DATA: 25/02/2019

IDADE: 34 HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8H IRS	
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D: 21:02)	
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	06:00 11:00 20:00
10	TRAMAL 100MG + SFD, 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTUPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	
14	SSVV + CCOG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLMI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEIXADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BI-E, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLUBRIL, PUPÍFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	117/77	62	20
12 H	117/77	62	20
18 H	117/77	62	20
24 H	117/77	62	20

Dr. Odinaeli Okemiel
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM 1451-RR

Obs: Agendada pt 28/02/19, as 14hs na NEURSCAN!

Ediane P. Cochetan
Coordenadora



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

440
1

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1984
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 26/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DILTA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS			
7	GFENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 21/02)			
8	PLASII 10MG LV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 10 EV DE 6/6H S/N 1400			
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMPLIFONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
14	SSVV + CCGG 6/8 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16				
17				
18				
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

[Handwritten signatures and notes]

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEM, LOTE, ACIANÓTICO, ANCÉRICO, AFEBRIL, PULSADO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x70	68	18	36.0
18 H	129x71	64	19	35.8°C
24 H	125x65	68	20	37.3°C
06 H	124x60	56	18	36.0

[Handwritten signature]
Dr. Guilherme Okemir
Residência de Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1853-RR

410-1

28/02/19



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



DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1981
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	34	ILICITO	410-1	DATA 27/02/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS			
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1: 21/02)			
8	PLASB 100MG EV 8/8H S/N			
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N			
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			Su
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 l OU PAD > 110 MMHG			
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N			
14	SSVV + CCGG 6/6 H			
15	CURATIVO DIÁRIO			
16				
17				
18				
19				
20				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SU), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 301-350. 6UI: 351-400. 8UI: > 400. 10 UI L QU GLICOSE = 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

Handwritten notes and signatures:
 28/02/19
 Su
 16/02/19
 16/02/19

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉTERICO, AFEBRIL, PULSIFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	114 X 63	64	18	36.20
18 H	126 X 61	62	18	36.90
24 H	130 X 70	76	19	36

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e Traumatologia
Crm 1851 RR

Obw 120/70/70 19 36.5

410-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/02/2019 DIH DN 10/10/1984

PACIENTE JOELSON CASTRO SALES

AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS HAS DM2 DATA 28/02/2019

IDADE 34 LFITO 410-1

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SU
2	AVP	
4	CLINDAMICINA 600MG FV 6/6HRS	
7	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D1; 21/02)	
8	PLASIL 10MG EV 6/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML LV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + COGC 6/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (5C). CONFORME ESQUEMA: 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:

INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTURAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BFG, IOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANUTIDA

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H	108/67	66	-	36,8°
18 H	108 X 67	60	20	35,0°
24 H	113 X 65	62	19	36,2°

Dr Udinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 C.R.C. 123456

410-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019 DIH: DN: 10/10/1984

PACIENTE: JOELSON CASTRO SALES
 DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALERGIAS: HAS DM? 01/03/2019
 LEITO: 410-1 DATA: HORÁRIO:

IDADE	34	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
ITEM			
1		DIFTA ORAL LIVRL	
2		AVP	
4		CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS	
7		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (DI: 21/02)	
6		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9		DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10		TRAMAL. 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11		CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	
13		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14		SSVV + CCGO 5/6 H	
15		CURATIVO DIÁRIO	
16			
17			
18			
19			
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 301-350. 6UI: 351-400. 8UI: ≥ 400. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

Handwritten notes and signatures in the right margin, including a date '12.40 09.40' and a signature.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	OT
12 H	117/69	60	18	36,1
18 H	111/61	67	sem saturação	36,2
24 H				

Dr. Daniel Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1881 RR

410-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	20/02/2019	DIH	DN	10/10/1984
PACIENTE	JOELSON CASTRO SALES			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL			
ALERGIAS	HAS	DMZ		
IDADE	34	LEITO	410-1	DATA 02/03/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIFIA ORAL IVRE			SND
2	AVP			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS VP			
7	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N			SND
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SND
9	DIPIRONA 1G LV DE 6/6H S/N			SND
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SND
13	CURATIVO DIÁRIO			
14	SSVV + CCGG 6/8 H			
15				
16				
17				
18				
19				
20	<p>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 LV + AVISAR PLANTONISTA</p>			

Handwritten notes:
 12-18-21-30
 21-30
 OBS: o uso
 10UI, faz fe
 200, enfer: ci
 DE: família de...

EVOLUÇÃO MÉDICA:

4 ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIAMÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	90	-	36.1°
18 H	120x76	90	-	35.3
24 H	115x71	72	19	36°C
6:00	119x72	68	19	35,8°C

Dr. Cláudio Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

Handwritten notes:
 Realizada tria
 de exatidão ven
 Periférico fice
 M.S. 10
 Análise de sangue
 Term: 36,1°C
 CEREB: 10/10/1984

410-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 20/02/2019 DIH: DN: 10/30/1984

PACIENTE: JOELSON CASTRO SALES
 DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA FEMUR DISTAL

ALÉRGICAS: HAS DM2 DATA: 03/03/2019
 IDADE: 34 LEITO: 410-1

ITEM PRESCRIÇÃO HORARIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE S/N/D
- 2 AVP S/N/D
- 4 CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS S/N/D
- 7 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N S/N/D
- 8 PIRASITIL 10MG EV 8/8H S/N S/N/D
- 9 D'PIRONA 1G LV DE 6/6H S/N S/N/D
- 10 TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA S/N/D
- 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG S/N/D
- 12 SIMLTICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N S/N/D
- 13 CURAT:VO DIÁRIO S/N/D
- 14 SSVV + CCGG 8/8 H S/N/D

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, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFBRII, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SSVV 06h
 PA 720/80
 FC 88
 T 35,9

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	780/60	64	32/3

Dr. Edinachi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu JOELSON CARMO SALAS

Sou informado que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo setor médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Retaguarda-HGR.

Declaro que:

- 1.) Foi informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela serem mantidos cuidados médico-assistenciais na mesma complexidade e de ser necessário para o Hospital Geral de Retaguarda, caso se faça necessário, por:
 - Cirurgias pré-agendadas;
 - Caso haja alterações clínicas que demandem maior complexidade;
 - Complicações clínicas com necessidade de atendimento especializado;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda.

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de 03 de 20 19.

Assinatura do paciente: Joelson Carmo Salas

Responsável:

Assinatura:

Nome

CPF nº

Grav de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que explicou.

Boa Vista, 04 de 02 de 20 11 Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM

Assinatura/Carimbo do Médico Regulador

Laudo Médico

Wilson Castro Sales, CPF 83469080206, vítima de acidente de moto, com o número de atendimento 1901075678, tendo trauma em bacia e joelho esquerdo. Foi realizado inicialmente tratamento com fixador externo em joelho esquerdo. Após alta médica, paciente evoluiu com limitação de mobilidade de joelho para flexão, comprometimento na marcha, limitação para esforços repetitivos com membros inferiores esquerdo, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusão: Paciente apresentando sequelas funcionais permanentes em membros inferiores esquerdo.

Boa Vista, 27/08/2019

Francisco Ferreira Farias Júnior
Médico Legista
Cidade de Boa Vista

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JOELSON CASTRO SALES

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA: 205703 SSP RR

CPF: 814.690.802-06 DATA NASCIMENTO: 10/10/1987

PLACAO: []

DARQUEA JEANE CASTRO SALES

PERMISSAO: [] ACC: [] CATIMA: []

Nº REGISTRO: 04128524637 VALOR: 16/06/2019 VALIDACAO: 27/06/2007



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
905255020

OBSERVAÇÕES

Joelson Castro Sales
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA - RORAIMA DATA DE EMISSAO: 27/06/2014

75554210028
RR20754219E

905255020
PLASTIFICAR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polgar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO: 13/10/2016

NOME: **WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO: **GERALDO ROCHA FRANCO**

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE: **SANTA INÉS - MA** DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1978

DOC. ORIGEM: **CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Ponto Fingerprintista de Polícia Civil
Diretor do IOD

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DETRAN

DETRAN - RR

N. 011624483458

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 01 COD RENAVAM 51049378410
01 01092418072

NOME ENDERECO
FRANCISCO DE OLIVEIRA ARAUJO
R LUIZ REIS CRISTO LTJ
EQUATORIAL - SN
BOA VISTA - RE 69317338

CHASSI PLACA
409.649.112-49 NAP8817

NOME ANTERIOR
RURITHA MOUTRES LTDA

CONTRON

PLACA ANT/LP 9C2KC22000 CHASSI 067803

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO AN COMBUSTIVEL ALCO/GABO

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 EAN AN ANO FAB ANO M 2016 20

CAP/POT/CL 2P/0162CC/ COR PREDOMINANTE PRETA

DESCRIÇÃO AL.FID. BANCO HONDA S/A * PROIB SAIR DA
AMAZ OCID * ALIQUILANTE PARA DIARI
GUA 5 EM LOCAL S/GUR

LOCAL BOA VISTA - RR DATA 27/07/20

Luz Eduardo Silva de Castro
Diretor Presidente - Inmetro
DETRAN RR

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190577703
Nome do(a) Examinado(a):	JOELSON CASTRO SALES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA IGRAÇA CORREA DA COSTA 157 SENADOR HÉLIO CAMPOS
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	814.690.802-06
Data e local do acidente:	20/02/2019 SENADOR HELIO CAMPOS - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 21/10/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MIE- FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR E

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 4-5 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM SETEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM JOELHO E SUGESTIVA DE GONARTROSE + LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO E EM GRAU ACENTUADO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DO MEMBRO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO/FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

VII) Segundo 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.

() "Sem seqüela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% 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

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. 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