

|  <p>PODER JUDICIÁRIO<br/>DO ESTADO DE SERGIPE</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Protocolo de Envio de Procuração</b>                                 |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|--------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Enviado para <b>SALGADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| <p>OAB: <b>2592##SE</b></p> <p>Advogado: <b>KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ</b></p> <p>Nº do Protocolo: <b>20200306182104912</b></p> <p>Nº do Processo: <b>202071100086</b></p> <p>Data de Envio: <b>06/03/2020 06:21 PM</b></p> <p>Tipo de documento: <b>Procuração</b> - Vinculação de advogado ao processo.</p> <p><b>PROTOCOLO PENDENTE!!!</b></p>                                                                                                                                     |                                                                         |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| <table border="1"><thead><tr><th>Descrição</th><th>Anexo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Petição</td><td><a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_01.pdf</a></td></tr><tr><td>Procuração</td><td><a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf</a></td></tr><tr><td>Procuração</td><td><a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf</a></td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td><a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_Anexo_02_compressed.pdf</a></td></tr></tbody></table> |                                                                         | Descrição | Anexo | Petição | <a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_01.pdf</a> | Procuração | <a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf</a> | Procuração | <a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf</a> | Outros documentos | <a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_Anexo_02_compressed.pdf</a> |
| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Anexo                                                                   |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| Petição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_01.pdf</a>                  |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| Procuração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf</a>                       |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| Procuração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <a href="#">ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf</a>                      |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |
| Outros documentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <a href="#">2699961_CONTESTACAO_PROTocolada_Anexo_02_compressed.pdf</a> |           |       |         |                                                        |            |                                                   |            |                                                    |                   |                                                                         |

imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SALGADO/SE

Processo: 202071100086

**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 **JOSE ROMILDO SANTOS**, 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 **26/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/10/2019**.

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 indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

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

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

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

#### **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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

**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: | 14/11/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 1.687,50   |

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROMILDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00645

CONTA: 000000050293-5

---

Nr. da Autenticação B4103F463D721CC3

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 **26/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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 STJ<sup>5</sup>.

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.

---

<sup>4</sup>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.

<sup>5</sup>**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.”

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

#### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

---

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

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 citação<sup>7</sup>.

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 ação<sup>8</sup>

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

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

---

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

<sup>8</sup>**art. 1º. (...)**

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

- 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 KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SALGADO, 3 de março de 2020.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

### QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
  - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
  - 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;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

## TABELA DE GRADAÇÃO

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, 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 **JOSE ROMILDO SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SALGADO**, nos autos do Processo nº 00000807920208250037.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

33.3.0028479-6

Time horizon

Sociedade anônima

### Boite d'Empreintes!

Normal

#### NO. 4a. Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERIA**

Último Argumento:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

Boletín(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4



## REQUERIMENTO

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

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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

Pag. 2/13



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

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

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

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

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

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

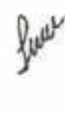
**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E17B8

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

Pag. 3/13



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

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

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

*Handwritten signatures*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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

Pág. 4/13

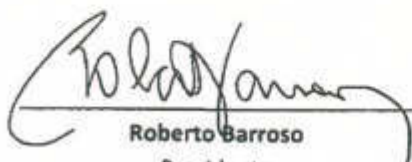


**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

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

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

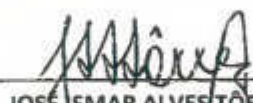
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB6

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





12/e

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



4996507

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

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

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

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

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

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

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

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

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

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

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

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

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

Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4995508

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

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

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

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

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

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

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

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

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

12/4



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

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

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

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

13/4

convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou *e-mail* a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15/11

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

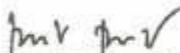
#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

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

10/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4996513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

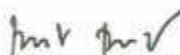
**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

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

Página 8 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

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



4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

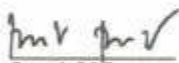
**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

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

Página 9 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

12/11



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo P. S. Berwanger  
Secretário Geral

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17º Ofício de Notas</b><br>DA CAPITAL                                                                                | Tabelião: Carlos Alberto Firmino Oliveira<br>Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: 2107-9600 | ADB2B690<br>088674                                                                                                                                  |
| Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES</b> e <b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (X00000524453) |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
| Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.                                                                                |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
| Em testemunho da verdade.                                                                                               | Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS                                                                                | <b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b><br><b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b><br>Escrivente<br>CTR 46062 série 06077 ME<br>Aut. 20.5.3ª Lei 8.936/94 |
| Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.                                                                                      | Total                                                                                                          |                                                                                                                                                     |
| ECLP-54891 HDE, ECLP-54892 GRS                                                                                          |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
| Consulte em <a href="https://www3.tirijus.br/sitepublico">https://www3.tirijus.br/sitepublico</a> .                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                     |

### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRADERCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURIO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHA SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**



# 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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROMILDO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00645

CONTA: 000000050293-5

---

Nr. da Autenticação B4103F463D721CC3

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190620459 **Cidade:** Itaporanga D'Ajuda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ROMILDO SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.7)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Jose Romildo Santos CNS: 70100786504839 Prontuário: 067114/9  
Idade: 45 anos 1 Data Nascimento: 1974-07-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 404D  
Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS Local de Nascimento:  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar  
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: ELETIVA  
Data/Hora Internação: 02/08/2019 19:06 Data/Hora Alta: 04/09/2019 12:46 Permanência: 2 dias  
Responsável Internação: Dr. Pablo Barreto Prata  
Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS: CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

*Motivos da internação*

fratura do metacarpo lateral (s82.6), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo  
dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos  
(incluindo suturas) (y79.3), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo

*Diagnósticos secundários*

Dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos  
(incluindo suturas) (y79.3), indicador de presença na admissão: Sim, Estado de Resolução: Resolvendo

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

*Complemento fármacos*

AGENDAR RETORNO NO AMBULATORIO DE DR. JULIO TORRES COM 15 DIAS

4. EVOLUÇÃO

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO, EXTREMIDADE PERFUNDIDA, NEUROVASCULAR NORMAL.

5. PLANO PÓS-ALTA

*Motivo da Alta*

Alta médica

*Recomendações da Alta*

Encaminhamento ao ambulatório do hospital  
Afastamento laboral por 90 dias  
Curativos diários em posto de saúde  
Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia com 15 dias (marcar no nr)  
Evitar pisar com o membro afetado  
Não deambular  
Retirar os pontos com 15 dias

*Medicamentos Prescritos na Alta*

NOVALGINA 1G - 1CX - Uso Interno  
CEFALEXINA 500MG - 1CX - Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Documentação médico - hospitalar



  
Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MD Ortopedia e Traumatologia

Nome do paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Contato: 79999415275

Cidade: SALGADO

Origem: Pronto Socorro HUL

Estado: SE

Região da fratura: BIMALEOLOS

Médico Solicitante: PABLO PRATA

Data de Solicitação: 26/08/2019

## Descrição

### Orientações ao Paciente:

- 1 - Manter um ou mais números de telefones de contato ativos e atualizados junto ao NIR
- 2 - Comparecer ao Hospital com no mínimo meia hora de antecedência no dia e Horário agendados pelo NIR
- 3 - Trazer documento de identificação oficial com Foto (RG, habilitação, etc)
- 4 - Trazer somente Roupas leves para uso durante o internamento (não é permitido uso de anéis, ou qualquer outro adorno)
- 5 - Vir em Jejum apenas quando orientado pelo NIR
- 6 - A data agendada para cirurgia poderá sofrer alterações a qualquer momento no processo de marcação, sendo então avisado ao paciente com maior antecedência possível (deixar atualizado telefone de contato)
- 7 - As Indicações cirúrgicas poderão ser modificadas a qualquer momento no processo de tratamento, a depender da avaliação do Médico Ortopedista
- 8 - Quaisquer dúvidas ligar para o NIR do HUL 979) 3632-2018



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E HOSPITAIS

Ministério da  
Educação



RECEITUÁRIO

*João P. S.*

*Fisioterapia de  
Terapia*

*12/10/15*

*Dr. Paulo Roberto Pires  
Otorrinolaringologista  
CRM - RJ 105 / TEST 9246*

Nro Consulta: 100080

Data: 20/09/2019Hora: ~~08:00~~

Dia: SEX

Grade: 198

Zona: UNIDADE AZUL

15:07:00 Hora

Andar: 1

Ala/Bloco: PRINCIPAL

Setor:

Sala: 3

Consulta: ORTOPEDIA

Tipo: SUS/DEMANDA ESPONTANEA/PRIMEIRA CONSULTA

Equipe: ORTOPEDIA

Profissional: RICARDO DANTAS ROCHA

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 671149

Código: 106894

Nome Social:

Marcado por: DANIELA

Observacao:

---

Nro Consulta: 109042      Data: 04/12/2019    Hora: 07:40    Dia: QUA      Grade: 180

Zona: UNIDADE AZUL

Andar: 1

Ala/Bloco: PRINCIPAL

Setor:

Sala: 3

Consulta: ORTOPEDIA

Tipo: SUS/DEMANDA ESPONTANEA/PRIMEIRA CONSULTA

Equipe: ORTOPEDIA

Profissional: PABLO BARRETO PRATA

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 671149

Código: 106894

Nome Social:

Marcado por: MAYARA

Observacao:

---

Hospital Universitário de Lagarto  
Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro  
PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Paciente:

Jose Reimolo Junior

Paciente:

Data Solicitação:

06/09/19

Responsável pelo Atendimento:

Deise

3632-20 36



Universitário  
Lagarto

**HSE**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL

Ministério da  
Educação

# FICHA DE ATO CIRÚRGICO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: JOSÉ ROMILDO SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                              | DATA: 03/09/19                                                       |
| REGISTRO: 67114/9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | IDADE:                                                       | LEITO:                                                               |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              | FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO                                        |
| CIRURGIA REALIZADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO                                   |                                                                      |
| CIRURGIÃO (A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GLAUBER BARBOSA                                              |                                                                      |
| AUXILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                                      |
| ANESTESISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DR PEDRO                                                     |                                                                      |
| ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO                                     |                                                                      |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RICARDO                                                      |                                                                      |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                      |
| TIPO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                              |                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA LIMPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA |                                                                      |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> CIRURGIA INFECTADA                  |                                                                      |
| INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| TOPOLOGIA DA INFECÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                              | <input type="checkbox"/> OUTRAS                                      |
| <input type="checkbox"/> VIAS AÉREAS SUPERIORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> URINÁRIA                            | <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR                              |
| <input type="checkbox"/> PULMONAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL                    | <input type="checkbox"/> SNC                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> CÚTÂNEA                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> OSTEOMUSCULAR                               |
| DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |                                                                      |
| <p>PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA<br/>ANTISSEPSIA+ASSEPSIA DE MIE+ APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS<br/>ESVAZIAMENTO + GARROTE COM FAIXA DE ESMARCH AO NÍVEL DE COXA<br/>INCISÃO DIRETA SOBRE MALÉOLO LATERAL<br/>DISSECÇÃO POR PLANOS, HEMOSTASIA, REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR<br/>8 FUROS E 6 PARAFUSOS, SENDO UM INTERFRAGMENTÁRIO PELA PLACA<br/>INCISÃO DIRETA SOBRE MALÉOLO MEDIAL, DIVULSÃO POR PLANOS, OBSERVADO FOCO DE<br/>FRATURA, REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS<br/>FLEXO-EXTENSÃO DE TORNOZELO LIVRE<br/>LIMPEZA COM SF 0,9% + SUTURA POR PLANOS<br/>BOA PERFUSÃO AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO<br/>CURATIVO<br/>RAIO X DE CONTROLE</p> |                                                              |                                                                      |

*Dr. Glauber Barbosa*  
CRM-SE 5298  
TEOT 15008

Hospital Regional de Lagarto - Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro  
Avenida Brasília S/N - Lagarto/SE  
Tel (79) 3632-1501

INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento eu, \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente JOSE RUIZ SANTOS  
declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo(a) médico(a) ELBA R. SILVA  
cirurgião, CRM: \_\_\_\_\_, sobre o diagnóstico: HERNIA INGUINAL  
e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este caso: HERNIOPLASTIA  
com o qual concordo. Fui devidamente informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo  
tratamento, independentes de todos os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada,  
podendo levar a complicações conhecidas, como também imprevisíveis.

Comprometo-me a seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao restabelecimento,  
constando em prontuário e/ou recetário, médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 26 de 05 de 15

Maria Inês de Fátima  
Responsável pelo paciente

Elba R. Silva  
Cirurgião Assistente

INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica sedação indicada para o caso em questão,  
benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a) anestesiologista,  
CRM: \_\_\_\_\_.

Informo que relatei a equipe médica responsável todos os antecedentes patológicos e progressos  
paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, aler-  
gias medicamentosas, alergias sistêmicas ou tóxicas, assim como quaisquer informações que possam interferir  
na condução do caso.

Entendo ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferên-  
cia, adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas tomadas  
situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente, diferente das  
informações propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da saúde do paciente.

Entendo ainda que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações  
possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito das mais frequentes,  
entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo de cura do al-  
terado.

Lagarto/SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Maria Inês de Fátima

## TERMO DE CONSENTIMENTO

### INFORMADO PARA CIRURGIA

Pelo presente instrumento, eu X  
RG: \_\_\_\_\_, responsável legal pelo paciente José Ramalho Santa  
declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo médico(a)  
PR. Glauber Barbosa Cirurgião, CRM 5293, sobre o diagnóstico  
Furúnculo e o procedimento cirúrgico a ser realizado para este  
caso essencial, com o qual concordo. Fui devidamente  
informado(a) quanto aos riscos inerentes e prognóstico objetivo do tratamento, independentes de todos  
os cuidados tomados, experiência profissional e técnica adequada que poderão levar a complicações  
conhecidas, como também imprevistas.

Comprometo-me em seguir todas as orientações pós-operatórias necessárias ao  
restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico por ocasião da alta.

Lagarto/SE, 03 de Setembro de 2019

José Ramalho Santa  
Responsável pelo paciente

Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura

### INFORMADO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) sobre a opção anestésica/sedação indicada para o caso em  
questão, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, pelo(a) médico(a)  
anestesista Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_.

Informo que relatei a equipe médica responsável, pelos antecedentes patológicos e progressos  
do paciente a ser submetido ao processo cirúrgico proposto, medicações usadas ou em uso, alergias  
medicamentosas, alergias sistêmicas ou tópicas, assim como quaisquer informações que possam  
interferir na condução do caso.

Autorizo, ainda, qualquer outro procedimento que se faça necessário, exames, transferências  
adequação da abordagem cirúrgica, transfusões de sangue e hemoderivados, além de condutas  
tomadas em situações imprevistas, que possam ocorrer ou acarretar qualquer risco ao paciente  
diferente daquelas inicialmente propostas, sempre objetivando a integridade física e recuperação da  
saúde do paciente.

Estou ciente que seria impossível para o(a) médico(a) a descrição de TODAS as complicações  
ou riscos possíveis de acontecer no tratamento proposto, mas fui informado a respeito dos mais  
frequentes e entendo não existir garantia absoluta de segurança no resultado da cirurgia ou no processo  
de cura de algumas doenças.

Lagarto/SE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

José Ramalho Santa  
Responsável pelo paciente

Cirurgião/ Carimbo/ Assinatura



Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASLIA S/N LAGARTO-SE, 00000-000, (79) 3632-2020, 3636345

Sumário de Alta

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome/Nome Social: Jose Romildo Santos CNS: 70100786504939 Prontuário: 067114/9  
Idade: 45 anos 1 Data Nascimento: 1974-07-15 00:00:00.0 Sexo: Masculino Unidade/Leito: 404D  
Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS Local de Nascimento:  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: Sus Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar  
Local de Atendimento: No próprio Procedência: Demanda Espontânea Caráter Internação: ELETIVA  
Data/Hora Internação: 02/09/2019 19:06 Data/Hora Alta: 04/09/2019 12:46 Permanência: 2 dias  
Responsável Internação: Dr. Pablo Barreto Prata CNS:  
Responsável Alta: MARCO FREIRE VIEIRA CNS:

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação

fratura de maléolo lateral (S82.6), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo  
dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos  
(incluindo suturas) (Y79.3), indicador de presença na admissão: sim, estado de resolução: resolvendo

Diagnósticos secundários

Dispositivos (aparelhos) ortopédicos, associado a incidentes adversos - instrumentos, materiais e aparelhos cirúrgicos  
(incluindo suturas) (Y79.3), indicador de presença na admissão: Sim, Estado de Resolução: Resolvendo

3. PROCEDIMENTOS TERAPEUTICOS

Complemento farmacos

AGENDAR RETORNO NO AMBULATORIO DE DR. JULIO TORRES COM 15 DIAS

4. EVOLUÇÃO

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO. EXTREMIDADE PERFUNDIDA, NEUROVASCULAR NORMAL

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta

Alta médica

Recomendações da Alta

Encaminhamento ao ambulatório do hospital  
Afastamento laboral por 90 dias  
Curativos diários em posto de saúde  
Encaminhamento ao ambulatório de ortopedia com 15 dias (marcar no nir)  
Evitar pisar com o membro afetado  
Não deambular  
Retirar os pontos com 15 dias

Medicamentos Prescritos na Alta

NOVALGINA 1G - 1CX - Uso Interno  
CEFALEXINA 500MG - 1CX - Uso Interno

6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia

O.E.: M280350001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10 / 2019

Núm AIH: 281910056421-4 Situação: COM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2019 Data Autorização: 02 / 09 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M280350001 CRC:  
Doc autorizador: 190125160670018 Doc med resp: 980016281930253 Doc diretor clínico: 980016283208113 Doc médico solic: 980016281930253  
CNS: 6568343 - HOSPITAL UNIV MONSENHOR JOAO BATISTA DE CARVALHO DALTRIO CNS: 70100786504939-3  
Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS Prontoário: 671149  
Data Nasc.: 15 / 07 / 1974 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc:  
Responsável pac.: JOSE ROMILDO SANTOS Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS  
Endereço: RUA JOSE TELES 1154 Bairro: PORTO GRANDE Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (79)9363-22026 Muda Proc.?: NÃO  
Município: 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE CEP: 49160-000  
Procedimento solicitado: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
Procedimento principal: 04.08.05.049-7 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO  
Diag. principal: S825-FRATURA DO MALEOLO LATERAL Diag. secundário:  
Complementar: Causa Óbito:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR  
Data Internação: 02 / 09 / 2019 Data saída: 04 / 09 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador: CNAER: -  
Vínculo Previdência: CBOR: -

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS |              |                           |           |                 |      |                                                |
|--------------------------|--------------|---------------------------|-----------|-----------------|------|------------------------------------------------|
| Linha                    | Procedimento | Documento CBO             | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ | Qtde | Descrição                                      |
| 1                        | 0408050497   | 980016281930253 225225(1) | 6568343   | 6568343         | 1    | 09/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA        |
| 2                        | 0408050497   | 980016281930253 225225(1) | 6568343   | 6568343         | 1    | 09/2019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA        |
| 3                        | 0702030630   | 55121602000199            | 6568343   | 6568343         | 1    | 09/2019 PLACA E TUBULARES METALICOS PARA FUSOS |
| 4                        | 0211020036   | 6568343                   | 6568343   | 6568343         | 1    | 09/2019 ELETROCARDIOGRAMA                      |
| 5                        | 0204060166   | 6568343                   | 6568343   | 6568343         | 2    | 09/2019 RADIOGRAFIA DE PERNAS                  |

| DADOS DE OPM |             | CNPJ Fornecedor | Lote | Série | Reg. ANVISA | CNPJ Fabricante |
|--------------|-------------|-----------------|------|-------|-------------|-----------------|
| Linha        | Nota Fiscal |                 |      |       |             |                 |
| 3            | 44184       | 551216020001-99 |      |       |             |                 |

| MOTIVOS DE REJEIÇÃO / ADVERTÊNCIA | Complemento          | LINHA |
|-----------------------------------|----------------------|-------|
| DOCUMENTO NAO PREENCHIDO          | APURADO VALORES PARA | 2     |

| CID SECUNDÁRIO     |                | Descrição                                                                                        |
|--------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cid                | Característica |                                                                                                  |
| Y793               | ADQUIRIDO      | DISPOS. ORTOPEDICOS, ASSOC. INCID ADVERSO - INSTRUM., MATER. E APARELHOS CIRURG. (INCL. SUTURAS) |
| Número de Nascidos |                | Nº Pré-Natal:                                                                                    |
| Vivos:             | Mortos:        | Altas: Transf.: Óbitos:                                                                          |

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

# SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                            |                        |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 10-ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>Hospital Univ. Monsenhor João Batista de Carvalho Daltro |                        | 24-CNES<br>6566343            |
| DATA PROVÁVEL INTERNAÇÃO<br>7/08/2019                                                      | DATA PROVÁVEL CIRURGIA | SOUIPE<br>PABLO BARRETO PRATA |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                       |                            |                                       |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--------------------|
| 3-NOME DO PACIENTE<br><b>JOSE ROMILDO SANTOS</b>                      |                            | 5-Nº PRONTUÁRIO<br>871145             |                    |
| 7-CARTÃO NACIONAL SUS<br>701607685645393                              | 8-DATA NASC.<br>15/07/1974 | 9-Residência<br>X 1 1 3               | 10-1-Ende<br>Pardo |
| 11-NOME DA MÃE<br>ROSA MARIA SANTOS                                   |                            | 11.1-RESPONSÁVEL                      |                    |
| 12-ENDEREÇO (RUA, Nº, Bairro)<br>RUA C 167 - DOMINHO NASCIMENTO ALVES |                            | 13-TELEFONE DE CONTATO<br>79-99410275 |                    |
| 14-MUNICÍPIO<br>SALGADO                                               | 15-19CE<br>2905205         | 16-UF<br>SE                           | 17-CEP<br>45090000 |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                     |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 18-PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO                       |                               |
| 19-CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>FRATURA BILATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO                 |                               |
| 20-PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br>Resultado: RX |                               |
| 21-DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA DO MALEOLO LATERAL                                                |                               |
| 22-CID 10 PRINCIPAL<br>S02.0                                                                        | 23-CID 10 SECUNDÁRIO<br>Y79.2 |
| 24-CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                         |                               |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                      |                 |                                      |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 25-DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BILATERAL / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO | 27-LEITOCLINICA | 28-CARÁTER DE INTERNAÇÃO<br>URGÊNCIA | 29-NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>Dr. PABLO BARRETO PRATA |
| 30-OT. SOLICITAÇÃO<br>26/08/2019 17:41:45                                                                                            | 31-CNS          |                                      |                                                                |
| 32-ASSINATURA E CARIMBO CRM<br>3349                                                                                                  | 33-SÉRIE        |                                      |                                                                |

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

|                                                                                                                              |                       |                                                                           |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 34- ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                   | 34-CNPJ DA SEGURADORA | 35-Nº DO BILHETE                                                          | 36-SÉRIE    |
| 37- ) ACID. TRABALHO TIPOCO                                                                                                  | 39-CNPJ EMPRESA       | 40-CNAE EMPRESA                                                           | 41-CBOR     |
| 38- ) ACID. TRABALHO TRAJETO                                                                                                 | 42-DID 10 PRINCIPAL   |                                                                           |             |
| 43-DID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                         |                       | DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |             |
|                                                                                                                              |                       | 44- ) LEVE                                                                | 45- ) GRAVE |
|                                                                                                                              |                       | 46- ) GRAVÍSSIMA                                                          |             |
| 47-VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO ASSEGURADO |                       |                                                                           |             |

## AUTORIZAÇÃO

|                                            |                                                                 |                                                        |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 48-NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR        | 52-NOME DO PROFISSIONAL PARECER<br>CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA | 56-Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br>(AIF) |
| 49-DI AUT.<br>2 ' 9 ' 19                   | 53-OT AUT.                                                      | 281910056421-4                                         |
| 50-CNS                                     | 54-CNS                                                          |                                                        |
| 55-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) |                                                                 |                                                        |

Tarciso José da Silva  
 CRM 1081-0  
 Médico - CRM 2332

|                                                                |                                                                           |          |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUS</b><br>Sistema Ministério<br>Unico da da<br>Saúde Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO<br/>DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |          | <br>Hospital Universitário<br>Lagartense |
|                                                                | Identificação do Estabelecimento de Saúde                                 |          |                                                                                                                             |
| Nome do Estabelecimento Solicitante                            |                                                                           | 2 - CNES | 6568343                                                                                                                     |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO                              |                                                                           | 2 - CNES | 6568343                                                                                                                     |
| Nome do Estabelecimento Solicitante                            |                                                                           | 6568343  |                                                                                                                             |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO                              |                                                                           |          |                                                                                                                             |
| Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante               |                                                                           |          |                                                                                                                             |



281910056421-4

Autoclave: (N1) 2/Termo ( )  
Total de Peças: 05

...entre estes países

grador químico que se encontra dentro deste pacote

| Solução Antissépticas         |         | Descrição Dispositivos |                                | Qtde. |
|-------------------------------|---------|------------------------|--------------------------------|-------|
| Alcool 70 %                   | ml-100  | 02                     | Agulha de Desc. Bloqueio nº 26 | Unid  |
| Clorexidina Degermante 100 ml | Frasco  |                        | Agulhadesc. 25 x0,7            | Unid  |
| Clorexidina Aquosa 100 ml     | Frasco  |                        | Agulha desc. 30 x0,8           | Unid  |
| Clorexidina Alcóolica 100 ml  | Frasco  | 03                     | Agulha desc. 30 x 40           | Unid  |
| Escova Degermante             | Unid    | 04                     | Jelco nº                       | Unid  |
|                               |         |                        | Dupla via (externsor)          | Unid  |
|                               |         |                        | Scalp nr                       | Unid  |
| SOLUÇÕES                      |         |                        |                                |       |
| Soro Fisiológico 0,9% 100 ml  | Fr. Amp |                        | Equipo Macro Gotas             | Unid  |
| Soro Fisiológico 0,9% 250 ml  | Fr. Amp |                        | Equipo Micro gotas             | Unid  |
| Soro Fisiológico 0,9% 500 ml  | Fr. Amp | 02                     | Equipo Bomba de Infusão        | Unid  |
| Sol. De Ringe Lactato 500 ml  | Fr. Amp | 01                     | Seringa 1 cc                   | Unid  |
| Sol. Glicosada 5% 250 ml      | Fr. Amp |                        | Seringa de 3 cc                | Unid  |
| Sol. Glicosada 500 ml         | Fr. Amp |                        | Seringa de 5 cc                | Unid  |
| Sol. Glicosada 10% 500 ml     | Fr. Amp |                        | Seringa de 10 cc               | Unid  |
| Isocel                        | Fr. Amp |                        | Seringa de 20 cc               | Unid  |
|                               |         |                        | Torneirinha 3 vias             | Unid  |
| Fios de Sutura                |         |                        |                                |       |
| Mono nylon nr 2,0             | Unid    | 03                     | Lamina de Bisturi nr           | Unid  |
| Vicryl Poliglactina nº 2,0    | Unid    | 01                     | Lamina de Bisturi nr           | Unid  |
| Prolene / Polipropileno nº    | Unid    |                        | Cateter Oxigênio Tipo Oculos   | Unid  |
| Fio de Algodão C/A nº         | Unid    |                        | Luvas de Procedimentos / Pares | Unid  |
| Fio de Algodão S/A nº         | Unid    |                        | Marcas Descartáveis            | Unid  |
| Catgut Cromado C/A nº         | Unid    |                        | Luvas Estéril nº 7,0 e 7,5     | Unid  |
| Catgut Cromado S/A nº         | Unid    |                        | Luvas Estéril nº 9,0 e 8,5     | Unid  |
| Catgut Simples C/A nº         | Unid    |                        | Dreno Penrose nr 02            | Unid  |
| Catgut Simples S/A nº         | Unid    |                        | Dreno Torax nº                 | Unid  |
| Ethibond / Poliglecaprone     | Unid    |                        | Dreno Sucção nº                | Unid  |
| Fita Cardíaca nº              | Unid    |                        | Tubo Orotraqueal C/Balão nº    | Unid  |
| Fio de Aço / Aciflex          | Unid    |                        | Cânula de Traqueostomia nº     | Unid  |
|                               |         |                        | Sonda Aspiração nr             | Unid  |
| Materiais                     |         |                        |                                |       |
| Eletrodos                     | Unid    | 5                      | Sonda Naso Gástrica longa Nr   | Unid  |
| Compressas Grande Pcte com 4  | Unid    | 2                      | Dreno de Kher                  | Unid  |
| Gazes Simples 4,5 x 4,5       | Pcte    | 4                      | Coletor Diurese Sist Fechado   | Unid  |
| Atadura Crepon cm             | Unid    |                        | Coletor Diurese Sist Aberto    | Unid  |
| Atadura Crepon cm 20          | Unid    | 02                     | Filtro de Barreira             | Unid  |
| Atadura Gessada cm 20         | Unid    | 01                     | Extensor B.I seringa           | Unid  |
| Algodão Ortopedico            | Unid    |                        | Latex                          | Unid  |
| Malha tubular MMII            | Unid    |                        | Sonda Vesical demora Foley     | Unid  |
| Malha tubular MMSS            | Unid    |                        |                                |       |
| Esparadrapo Impermeável       | Cm      |                        | Material Especial              |       |
| Micro pore                    | Cm      |                        | Bolsa Colostomia (Karaya)      | Unid  |
| Gaze Algodoadada              | Unid    |                        | Tela Cirúrgica                 | Unid  |
|                               |         |                        | Grampeador Cirúrgico           | Unid  |
|                               |         |                        | Geofuan                        | Unid  |
| Equipamentos                  |         |                        |                                |       |
| Monitor Multiparamétrico      | Sim     | Não                    | Cimento Ortopédico             | Unid  |
| Oxigênio                      | X       |                        | KIT de P.A.I                   | Unid  |
| Bisturi Elétrico              |         |                        |                                |       |
| Ar Comprimido                 |         |                        |                                |       |

|                          |                       |                           |                |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nome                     | Nome Social           |                           | Prontuário     |
| JOSE ROMILDO SANTOS      |                       |                           | 67114/9        |
| Nome Mãe                 | Sexo                  | Estado Civil              | Dt Nascimento  |
| ROSA MARIA SANTOS        | Masculino             | Desquitado ou             | 15/07/1974     |
| Nome Pai                 | Data cadastro         | Data recadastro           | Pront. Família |
| JOSE RODRIGUESDOS SANTOS | 26/08/2019            |                           |                |
| RG                       | CPF                   | Cartão SUS                |                |
|                          | 904.639.355-00        | 701007865049393           |                |
| Nome Anterior            | Cidade de nascimento  | UF                        |                |
|                          | CUMBE                 | SE                        |                |
| Grau Instrução           | Nacionalidade         |                           |                |
| Ignorado                 | BRASILEIRO            |                           |                |
| Profissão                | Código da profissão   | Cor                       | Fone ou Recado |
| CHEFE PEDREIRO           | 17641                 | Parda                     | 79-99415275    |
| Logradouro               | Posto de Referência : |                           |                |
| RUA C                    |                       |                           |                |
| Número                   | Complemento           | Bairro                    |                |
| 162                      |                       | CONJUNTO NASCIMENTO ALVES |                |
| Cidade                   | UF                    | CEP                       |                |
| SALGADO                  | SE                    | 49390-000                 |                |
| Identificador            |                       |                           |                |
| MONICA MARIA LIMA        |                       |                           |                |
| Área Cadastradora        |                       |                           |                |
| CENTRO CUSTO 1           |                       |                           |                |

Observação

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.

Assinatura

*Assinatura*

( )

Paciente

( )

Pai

( )

Mãe

( )

Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente



Região  
Hospitalar  
do Sudeste

HOSPITAL REGIONAL DE LAGARTO - ROTEIRO JOÃO BATISTA DE CARVALHO DALT

PRONTO SOCORRO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ~~EMERGÊNCIA~~ ☒ SUS ☐ GESTANTE ☐ NÃO GESTANTE ☐ ACIDENTE DE ☐

*Acidente de moto (condutor). Trauma em cabeça e membros E. Nega alergia e comorbidade*

Idade: ☐ 0-14 ☐ 15-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85-94 ☐ 95-100

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ O ☐ X ☐ Y ☐ Z ☐ AA ☐ AB ☐ AC ☐ AD ☐ AE ☐ AF ☐ AG ☐ AH ☐ AI ☐ AJ ☐ AK ☐ AL ☐ AM ☐ AN ☐ AO ☐ AP ☐ AQ ☐ AR ☐ AS ☐ AT ☐ AU ☐ AV ☐ AW ☐ AX ☐ AY ☐ AZ

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

PC (cm) ☐ 150 ☐ 160 ☐ 170 ☐ 180 ☐ 190 ☐ 200 ☐ 210 ☐ 220 ☐ 230 ☐ 240 ☐ 250 ☐ 260 ☐ 270 ☐ 280 ☐ 290 ☐ 300

# Registro de Classificação de Risco

## Protocolo de Manchester

### Identificação do Paciente

Nome: JOSE ROMILDO SANTOS Chegada: 26/08/2019 15.48.32  
 Sexo: MASCULINO Idade: 45  
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 15/07/1974

### Classificação de Risco

|                     |                                                 |  |                                            |  |                                      |                     |                                   |                                        |                                        |                                     |  |
|---------------------|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Queixa Principal:   | Queda de moto hoje. nega alergia e comorbidades |  |                                            |  |                                      |                     |                                   |                                        |                                        |                                     |  |
| Fluxograma:         | TRAUMA MAIOR                                    |  |                                            |  |                                      | Discriminador:      |                                   |                                        |                                        |                                     |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                                |  |                                            |  | Escala de Coma de Glasgow:           |                     |                                   |                                        |                                        |                                     |  |
|                     | Pulso                                           |  |                                            |  | Ritmo:                               |                     |                                   | Sat O2 (%):                            |                                        |                                     |  |
|                     | Temperatura Timpânica                           |  |                                            |  | Escala de Dor:                       |                     |                                   |                                        | PA                                     | 160x120                             |  |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos              |  | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos |  | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos |                     | POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos |                                        | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos |                                     |  |
| Fluxo Interno:      | cirurgia                                        |  |                                            |  |                                      |                     |                                   |                                        |                                        |                                     |  |
| Classificador:      | JESSICA ALMEIDA RODRIGUES                       |  |                                            |  |                                      | COREN / CRM: 440860 |                                   | Hora de Início CR: 26/08/2019 16.01.43 |                                        | Hora de Fim CR: 26/08/2019 16.02.57 |  |

### Classificação de Risco

|                     |                                    |  |                                            |  |                                      |                |                                   |                    |                                        |                 |  |
|---------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------------------|-----------------|--|
| Queixa Principal:   |                                    |  |                                            |  |                                      |                |                                   |                    |                                        |                 |  |
| Fluxograma:         |                                    |  |                                            |  |                                      | Discriminador: |                                   |                    |                                        |                 |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar                   |  |                                            |  | Escala de Coma de Glasgow:           |                |                                   |                    |                                        |                 |  |
|                     | Pulso                              |  |                                            |  | Ritmo:                               |                |                                   | Sat O2 (%):        |                                        |                 |  |
|                     | Temperatura Timpânica              |  |                                            |  | Escala de Dor:                       |                |                                   |                    | PA                                     |                 |  |
| Prioridade Clínica: | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos |  | MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos |  | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos |                | POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos |                    | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos |                 |  |
| Fluxo Interno:      |                                    |  |                                            |  |                                      |                |                                   |                    |                                        |                 |  |
| Classificador:      |                                    |  |                                            |  |                                      | COREN / CRM:   |                                   | Hora de Início CR: |                                        | Hora de Fim CR: |  |

Ticket de exames a realizar

Protocolo: 0067114/9 JOSE ROMILDO SANTOS  
Código do paciente: 106894  
Solicitação: 20122 em 26/08/2019 16:38  
Idade: 45 anos 1 mês Cartão SUS: 701007865049393  
Solicitante: GENILDO SIBEIRO DE MELO  
Responsável: KATARINE CARVALHO CAETANO  
Unid.Solic: PRONTO SOCORRO  
Especialidade: CIRURGIA GERAL  
Equipe: CIRURGIA EMERGÊNCIA



20122

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

-----  
comparecer na SAIO X - 9o Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Material: URO COJETAVEL

|               | Item | Exame                    |
|---------------|------|--------------------------|
| Recomendações | 1    | RX FUNDO ESQUERDO (AB+P) |

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

-----  
Guarde este documento até a data do exame.  
-----

Manoel Carlos  
Cota 205

## Ticket de exames a realizar

Prontuário: 0067114/9 JOSE ROMILDO SANTOS  
Código do paciente: 106894  
Solicitação: 20140 em 26/08/2019 17:33  
Idade: 45 anos 3 mês Cartão SUS: 701007065049393  
Solicitante: PABLO BARRETO PRATA  
Responsável: KATAPINE CARVALHO CAETANO  
Unid.Solic: PRONTO SOCORRO  
Especialidade: CIRURGIA GERAL  
Equipe: CIRURGIA EMERGÊNCIA



20140

Convênio: SUS / PLANO AMBULATORIO

-----  
comparecer na BAIXO X - 0o Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Material: NAO COLETAVEL

|               | Item | Exame                    |
|---------------|------|--------------------------|
| Recomendações | 1    | EX PUNHO ESQUERDO (AP+P) |

Preparo do paciente para realização do exame:

**Não necessita Jejum**

|               |   |                                      |
|---------------|---|--------------------------------------|
| Recomendações | 2 | EX BACIA AP<br>TRAZER EX ANTERIORES. |
|---------------|---|--------------------------------------|

Preparo do paciente para realização do exame:

**Não necessita Jejum**

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

-----  
Guarde este documento até a data do exame.  
-----

\_\_\_\_\_

2014

Convênio: EUS / PLANO AMBULATORIO

**Equipe: CÍRCULO EMERGÊNCIA**

Comparecer na RAIÓ X - 06 Andar/PRINCIPAL para agendar a data e hora do seu exame.

Version: 16.0 COLLEGE

|               | Item | Exame                        |
|---------------|------|------------------------------|
| Recomendacoes | 1    | RX TORNOZELO ESQUERDO (AP+P) |

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

RA CRÂNIO (PA+P)

Preparo do paciente para realização do exame:

Não necessita Jejum

Documento de identidade será exigido para realização do exame.

Exatidão do documento até a data do exame.

Wm. Leggett  
for a 205

# Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASÍLIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL  
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 5568343

## CONSULTAS AMBULATORIAIS

99766 - 26/08/2019 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr. Katarine Carvalho Caetano - Dr. Katarine Carvalho Caetano  
Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS Prontuário: 067114/8 Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA CEFALÉIA E DOR EM MIE

A- VIAS AEREAS PERVEAS

B- TORAX SIMETRICO

C- HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D- GLASGOW 15

E- ESCORIAÇÕES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

CD RADIOGRAFIA  
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA  
OBSERVAÇÃO HOSPITALR

PROFENID 100MG IV

Elaborado e assinado por Dr. Genildo Ribeiro De Melo, CRM 4773 SE em 26/08/2019 16:35

Procedimentos Realizados:  
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

### Nota(s) adicional(ais):

#### ORTOPEDIA

QUEDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO ESQUERDO, PUNHO ESQUERDO E CRISTA ILIACA A ESQUERDA  
SEM DOR EM DEMAIS REGIOES DO CORPO  
SEM DOR NO PÉ ESQUERDO  
RX DE PUNHO ESQUERDO - FRATURA DE ESTILOIDE RADIAL SEM DESVIO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CONSERVADOR  
RX DE BACIA SEM ALTERAÇÕES  
RX DE TORNOZELO ESQUERDO: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO

CD: TALA GESSADA + ENCAMINHO PARA CIRURGIA  
LIBERADO DA ORTOPEDIA  
AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL - EM OBSERVAÇÃO

Elaborado e assinado por Dr. Pablo Barreto Prata, CRM 3349 em 26/08/2019 17:58

# Hospital Universitário de Lagarto

AV BRASILIA S/N BAIRRO SANTA TEREZINHA 49040000 LAGARTO SERGIPE BRASIL  
CEP 49400-000 - Lagarto - SE - Brasil CNES: 5552343

## CONSULTAS AMBULATORIAIS

99755 - 26/08/2019 - Cirurgia Geral - Equipe: Dr. Katarine Carvalho Castano - Dr. Katarine Carvalho Castano

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 067114/9

Unidade Funcional: PRONTO SOCORRO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, RELATA CEFALEIA E DOR EM MIE

A- VIAS AERÉAS PERVEAS

B- TORAX SIMETRICO

C- HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL

D- GLASGOW 15

E- ESCORIAÇÕES E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO

CD RADIOGRAFIA

AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

OBSERVAÇÃO HOSPITALR

PROFENID 100MG IV

*OK Dr. Genildo R. Melo*  
*16:40*

Elaborado e assinado por Dr. Genildo Ribeiro De Melo. CRM 4773 SE em 26/08/2019 16:35

Procedimentos Realizados:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE, quantidade: 1

*Genildo R. Melo*  
CRM SE 4773  
Cirurgião Geral  
Cirurgia de Trauma

40400

|                           |                      |                           |                 |                |  |
|---------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|----------------|--|
| Nome                      |                      | Nome Social               |                 | Prontuário     |  |
| JOSE ROMILDO SANTOS       |                      |                           |                 | 67114/9        |  |
| Nome Mãe                  |                      | Sexo                      | Estado Civil    | Dt Nascimento  |  |
| ROSA MARIA SANTOS         |                      | Masculino                 | Desquitado ou   | 15/07/1974     |  |
| Nome Pai                  |                      | Data cadastro             | Data recadastro | Pront. Família |  |
| JOSE RODRIGUES DOS SANTOS |                      | 26/08/2019                | 02/09/2019      |                |  |
| RG                        | CPF                  | Cartão SUS                |                 |                |  |
|                           | 904.639.355-00       | 701007865049393           |                 |                |  |
| Nome Anterior             | Cidade de nascimento | UF                        |                 |                |  |
|                           | CUMBE                | SE                        |                 |                |  |
| Grau Instrução            | Nacionalidade        |                           |                 |                |  |
| Ignorado                  | BRASILEIRO           |                           |                 |                |  |
| Profissão                 | Código da profissão  | Cor                       | Fone ou Recado  |                |  |
| CHEFE PEDREIRO            | 17641                | Parda                     | 79-99415275     |                |  |
| Logradouro                |                      | Posto de Referência :     |                 |                |  |
| RUA C                     |                      |                           |                 |                |  |
| Número                    | Complemento          | Bairro                    |                 |                |  |
| 162                       |                      | CONJUNTO NASCIMENTO ALVES |                 |                |  |
| Cidade                    | UF                   | CEP                       |                 |                |  |
| SALGADO                   | SE                   | 49390-000                 |                 |                |  |
| Identificador             |                      |                           |                 |                |  |
| MONICA MARIA LIMA         |                      |                           |                 |                |  |
| Área Cadastradora         |                      |                           |                 |                |  |
| CENTRO CUSTO 1            |                      |                           |                 |                |  |

Observação

0.

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.

Assinatura

*Luciana Martins Felix*

( ) ( ) ( ) (X)

Paciente Pai Mãe Representante Legal

Hospital Univ Monsenhor Joao Batista

Boletim de Identificação de Paciente

# Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

## Identificação do Paciente

Nome: JOSE ROMILDO SANTOS Chegada: 02/09/2019 18.31.08  
Sexo: MASCULINO Idade: 45  
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 15/07/1974

## Classificação de Risco

|                     |                           |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                                     |                    |                     |        |  |
|---------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------|--------|--|
| Queixa Principal:   | internamento cirurgico    |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                                     |                    |                     |        |  |
| Fluxograma:         |                           |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            | Discriminador:                                                  |                                     |                    |                     |        |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            | Escala de Coma de Glasgow:                                      |                                     |                    |                     |        |  |
|                     | Pulso                     | 82                                                                     | Ritmo:                                                              |                                                               |                                                            |                                                                 | Sat O2 (%):                         | 99                 |                     |        |  |
|                     | Temperatura Timpânica     |                                                                        |                                                                     |                                                               | Escala de Dor:                                             |                                                                 |                                     |                    | PA                  | 155/92 |  |
| Prioridade Clínica: | <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos | <input type="checkbox"/> MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | <input type="checkbox"/> URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | <input type="checkbox"/> POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | <input type="checkbox"/> NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | <input checked="" type="checkbox"/> | BRANCO             |                     |        |  |
| Fluxo interno:      | internamento              |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                                     |                    |                     |        |  |
| Classificador:      | GRAZIELLA BISPO CALDERARO |                                                                        |                                                                     |                                                               | COREN / CRM:                                               | 342534                                                          |                                     | Hora de Início CR: | 02/09/2019 15.38.28 |        |  |
|                     |                           |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                                     | Hora de Fim CR:    | 02/09/2019 15.40.19 |        |  |

## Reclassificação

|                     |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                          |                    |                 |  |  |
|---------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------------|--|--|
| Queixa Principal:   |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                          |                    |                 |  |  |
| Fluxograma:         |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            | Discriminado                                                    |                          |                    |                 |  |  |
| Parâmetros:         | Glicemia Capilar         |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            | Escala de Coma de Glasgow:                                      |                          |                    |                 |  |  |
|                     | Pulso                    |                                                                        | Ritmo:                                                              |                                                               |                                                            |                                                                 | Sat O2 (%):              |                    |                 |  |  |
|                     | Temperatura Timpânica    |                                                                        |                                                                     |                                                               | Escala de Dor:                                             |                                                                 |                          |                    | PA              |  |  |
| Prioridade Clínica: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 minutos | <input type="checkbox"/> MUITO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | <input type="checkbox"/> URGENTE<br>AMARELA<br>Até 60 minutos | <input type="checkbox"/> POUCO<br>VERDE<br>Até 120 minutos | <input type="checkbox"/> NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | <input type="checkbox"/> | BRANCO             |                 |  |  |
| Fluxo Interno:      |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                          |                    |                 |  |  |
| Classificador:      |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               | COREN / CRM:                                               |                                                                 |                          | Hora de Início CR: | Hora de Fim CR: |  |  |
|                     |                          |                                                                        |                                                                     |                                                               |                                                            |                                                                 |                          |                    |                 |  |  |

Identificação do Paciente

Paciente: 106894 Prontuário: 0067114/9  
Nome: JOSE ROMILDO SANTOS  
Nome Mãe: ROSA MARIA SANTOS  
Endereço: RUA C Cartão SUS: 701007865049393  
Número: 162 Complemento: Telefone:  
Bairro: CONJUNTO NASCIMENTO ALVES  
Cidade: SALGADO UF: SE Cep: 49.390-000  
Data Nasc.: 15/07/1974 Idade: 45 Sexo: Masculino Cor: Parda Est. Civil: Desquitado  
Profissão: CHEFE PEDREIRO  
Naturalidade: CUMBE UF Nascimento: SE  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:  
Endereço:  
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Intern.: 02/09/2019  
Procedência: Demanda Espontânea Local Atendimento: No próprio estabelecimento  
Modalidade Assistencial: Atenção Hospitalar  
CID Principal: S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL  
CID Secundário: Y79.3 DISPOSITIVOS (APARELHOS) ORTOPÉDICOS, ASSOCIADO A INCIDENTES  
Procedimento: 408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR /  
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N  
Andar: 1 Ala: 1 Quarto: 404 Leito: D Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO  
Unidade: CLINICA CIRURGICA Acomodação: ENFERMARIA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Carater de Internação: ELETIVA  
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 4 Dia(s)  
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: PABLO BARRETO PRATA  
CRM: 3349 CPF: 611372517  
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGHUHRL  
CRM: 123456 SE 64059155063

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: DANIELA DE MATOS PEREIRA  
C. Ponto: 200 3049854

Observação

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 1/1

Data da Internação: 02/09/2019

Validade: de 02/09/2019 20:04 h. a 03/09/2019 11:00 h.

## DIETA

## APRAZAMENTO

## MEDICAMENTOS

### POSOLOGIA

### DOSAGEM

### APRAZAMENTO

2. DIFIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/ml

Administrar 1.000 mg, IV, de 8/6 horas. Se necessário; obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9Kg

505

Dr. RAFAEL GONCALVES DE SOUZA CRM: 4707 SE

02/09/2019 20:06h

Dr. RAFAEL GONCALVES DE SOUZA  
CRM: 4707 SE  
Assinatura e carimbo  
do profissional responsável  
pela prescrição

Logo  
Hospital Universitário  
Lagoa

## PRESCRIÇÃO

## Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Leitor: 404D

067114/9

# PRESCRIÇÃO

AX 22548

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

QID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 1/2

Data da internação: 02/09/2019

Validade: de 03/09/2019 11:00 h. a 04/09/2019 12:00 h

| DIETA           |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| 1. Líquido      | Obs: APOS RECUPERAÇÃO DA ANESTESIA |
| Aproximadamente |                                    |

| CUIDADOS                                          |               |
|---------------------------------------------------|---------------|
| 2. Repouso no leito - carga zero em mla, contínuo | I= T= ATENÇÃO |
| 3. Curativo pequeno 1x ao dia                     |               |

| MEDICAMENTOS                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| POSOLOGIA                                     | DOSAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | APRAZAMENTO |
| 4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL | Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas. Se necessário; obs.: EV, infusão 1mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9kg | SOS         |
| 5. CEFAZOLINA 1g                              | Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas obs.: Administração EV, Dieta de 3-5 minutos. Duração de 30-60 minutos. (M. Administrar em áreas de grande massa muscular. A solução pode se tornar amarela mais forte chegando a amarelo amarelado, sem redução da eficácia do produto                              |             |
| 6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg                | Administrar 100 mg. IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).                                                                                                                                                                                                                               |             |
| 7. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL     | Administrar 100 mg. IV, de 8/8 horas, obs.: EV lento 30-60min. SE DURANTE                                                                                                                                                                                                                                   |             |

Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Dr. Cláudio Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008

Leito: 404D

057114/9

Prescrição  
Hospital Universitário  
Lagoa

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA  
CID: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Folha 2/2

Data da Internação: 02/03/2019

Validade: de 03/09/2019 11:00h à 04/09/2019 11:00h

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                            | DOSAGEM                                                                                                                                                       | APRAZAMENTO |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 8 ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL | Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Infusão lenta em 15min.<br>Infusão contínua de 1 mg/h por até 24 horas.<br>EV direto até 8mg de 2-5min sem diluição | SEM         |
|                                      | JUNTO AO TRAMAL S/N                                                                                                                                           |             |

*Dr. Glauber Barbosa*  
CRM: 52.293  
TGO: 14008

DR. GLAUBER CESAR MARQUES BARBOSA CRM: 024474008

03/09/2019 10:21h

COOP. RENANSE 024474008  
Alana Bispo



Universidade  
Leão de Ouro

## PRESCRIÇÃO

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

Identificação

067114/9

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Folha 1/2

Data da Informação: 02/09/2019

Validade: de 04/09/2019 12:43 h. a 05/09/2019 11:00 h.

| DIETA    |             |
|----------|-------------|
| 1. Livre | Aproximando |

| CUIDADOS                                          |             |
|---------------------------------------------------|-------------|
| 2. Repouso no leito - carga zero em mie, contínuo | Aproximando |
| 3. Curativo pequeno 1 x 20 dia                    | J= T=       |

| MEDICAMENTOS                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| POSOLOGIA                                     | DOSAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | APRAZAMENTO |
| 4. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/ml | Administrar 1.000 mg, IV, de 6/6 horas. Se necessário; obs.: EV, infusão 1 mL/min. Não administrar o medicamento em crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5kg; não se deve administrar o medicamento por via intravenosa em crianças com idade entre 3 e 11 meses ou pesando menos de 9kg | SN          |
| 5. GEFAZOLINA 1g                              | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração EV, Dose de 3-5 minutos. Diluído de 30-60 minutos. IM: Administrar em áreas de grande massa muscular.<br>A solução pode se tornar amarelada mais forte chegando a amarelo amarelado, sem redução da eficácia do produto                          | 16 24 06    |
| 6. CETOPROFENO 100MG IV 100 mg                | Administrar 100 mg, IV, de 12/12 horas, obs.: EV: 20 minutos (infusão lenta).                                                                                                                                                                                                                                | 24 09       |
| 7. TRAMADOL INJETÁVEL 100MG/ML 2 ML 50 mg/ml  | Administrar 100 mg, IV, de 6/6 horas, obs.: EV lento 30-60 min. SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                                                                               | SN          |



Hospital Universitário  
Leônidas

**PRESCRIÇÃO**

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

Identificação

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia

Ana Carolina P. Reis  
CRM-SE 106.161-8NF

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 1 - CLINICA CIRURGICA  
CID : FRATURA DO MALÉOLO LATERAL  
Folha 2/2

Data da Internação: 02/09/2019

Validade: de 04/09/2019 12:43 h. a 05/09/2019 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                             | DOSAGEM                                                                                                                                                       | APRAZAMENTO |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3. ONDANSETRON 4 MG INJETAVEL 2 mg/mL | Administrar 8 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Infusão lenta em 15min.<br>Infusão contínua de 1 mg/h por até 24 horas.<br>EV direto até 8mg de 2-5min sem diluição | SN          |

JUNTO AO TRAMIAL S/N

Marco Freire Vieira

CRM-SE 5452

MR Ortopedia e Traumatologia

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

04/09/2019 12:43h

ANEXO 1  
P. 1906  
A. 191 - ENF



Hospital Universitário  
Lagoinha

## PRESCRIÇÃO

Identificação

JOSE ROMILDO SANTOS

Leito: 404D

067114/9

**Anamnese****Dados do Paciente**

Referência: 03/09/2019

Leito: 404D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 03/09/2019 10:22 Atendimento: 72779

Nome do Responsável: GLAUBER CESAR  
MARQUES BARBOSA

Data Confirmação: 03/09/2019 10:23

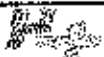
CRM: 024477

PACIENTE EM POI DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO SEM  
INTERCORRÊNCIAS

EF- EXTREMIDADE PROFUNDIDA

CD- RX CONTROLE, ALTA AMANHÃ SE TUDO ESTIVER BEM

Notas Adicionais:

Dr. Glauber Barbosa  
CRM-SE 5293  
TEOT 15008Hospital Universitário  
Lagoa**ANAMNESE****Identificação**

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 67114/9

# Evolução

## Dados do Paciente

Referência: 04/09/2019

Leito: 404D

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 04/09/2019 12:43 Atendimento: 72779

Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 04/09/2019 12:45

CRM: 5452 SE

## Evolução:

#1º DPO FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, PROCEDIMENTO REALIZADO POR DR. JULIO TORRES NO DIA 03/09/2019, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO EVOLUI DE FORMA SATISFATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF- FO SECA, SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EM BOM ESTADO, EXTREMIDADE PÉRFUNDA, NEUROVASCULAR NORMAL

CD  
- ALTA HOSPITALAR

Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira  
CRM-SE 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia



Hospital Universitário  
Espírito Santo  
**EVOLUÇÃO**

04/09/2019 12:45

## Identificação

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS

Prontuário: 67114/9

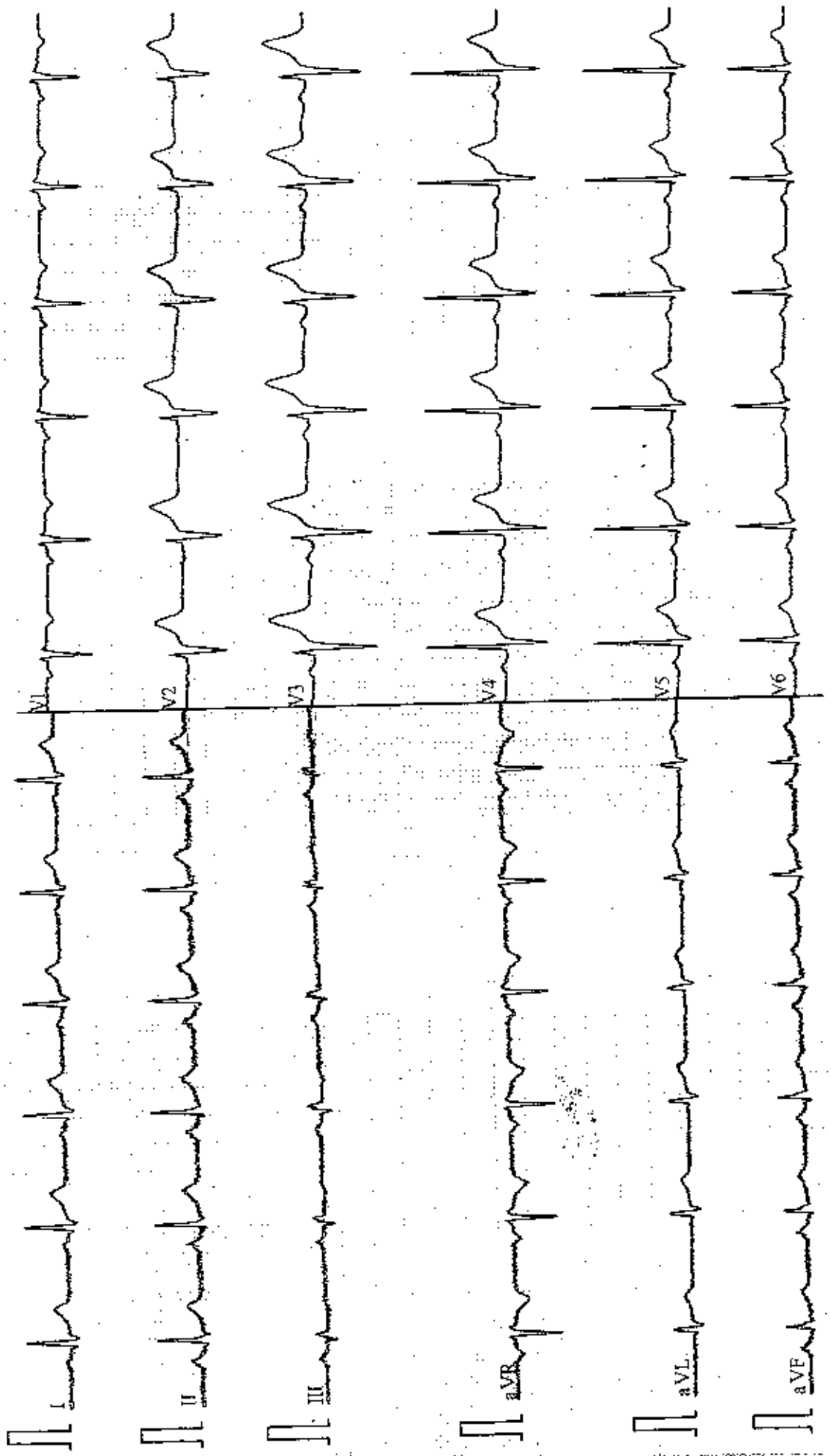
# HOSPITAL UNIVERSITARIO LAGARTO RELAT ECG

ID : 1 JOSE ROMILDO SANTOS 45Años Homem

Info Diagnóstico:

FC : 72 bpm  
 P : 112 ms  
 PR : 164 ms  
 QRS : 102 ms  
 QT/QTc : 370/405 ms  
 P/QRS/T : 67/37/32 °  
 RV5/SV1 : 1.340/0.724 mV

Técnico : TR JORGE ALMEIDA  
 Relatório confirmado por:



Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS  
Data de Nascimento: 15/07/1974  
Nro Identidade:  
Emissão do laudo: 26/08/2019  
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório  
Prontuário: 0067114/9  
Convênio: SUS  
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

HEMOGRAMA

Método: MYTHIC 18, COM REVISÃO DE LÂMINA.

ERITRÓCITOS: 5,37 milhões/ $\mu$ L

HEMOGLOBINA: 14,2 g/dL

HEMATÓCRITO: 43,3 %

VCM: 80,83 fL

HCM: 26,4 pg

CHCM: 32,8 g/dL

RDW: 13,3 %

LEUCÓCITOS TOTAIS: 9000  $\mu$ L

Val. de Ref.: HOMEM MULHER  
4.3-6.0 3.9-5.3 milh/mm<sup>3</sup>  
13.6-17.8 12.0-16.0 mg/dL  
41.0-54.0 36.0-48.0 %

80 a 100 fL  
27 - 33 pg  
32 - 36 g/dL  
11 - 14,5 %  
3.600 - 11.000 mil/ $\mu$ L

Valores de referência

NÚMEROS RELATIVOS - NÚMEROS ABSOLUTOS

|                     | %      | / $\mu$ L        |                                   |
|---------------------|--------|------------------|-----------------------------------|
| PROMIELÓCITOS       | 0      | 0                | 0                                 |
| MIELÓCITOS          | 0      | 0                | 0                                 |
| METAMIELÓCITOS      | 0      | 0                | 0                                 |
| BASTÕES             | 0      | 0                | 1000 ± 500                        |
| SEGMENTADOS         | 86     | 7740             | 1800 ± 6600                       |
| EOSINÓFILOS         | 0      | 0                | 500 ± 2400                        |
| BASÓFILOS           | 0      | 0                | 0 ± 200                           |
| MONÓCITOS           | 4      | 360              | 1500 ± 1000                       |
| LINFÓCITOS          | 10     | 900              | 1100 ± 4400                       |
| PLASMÓCITOS         | 0      | 0                | 0 - 0                             |
| ELASTOS             | 0      | 0                | 0 - 0                             |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS | 0      | 0                | 0 - 0                             |
| PLAQUETAS:          | 145000 | /mm <sup>3</sup> | 140.000 - 400.000/mm <sup>3</sup> |
| VPM:                | 6,4    |                  |                                   |

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 19:01

Exames conferidos e liberados digitalmente por:  
JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRBM : 8874 SE

Jussara Leite do Nascimento  
CRBM - 8874 SE  
Biomédica

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS  
Data de Nascimento: 15/07/1974  
Nro Identidade:  
Emissão do laudo: 26/08/2019  
Dr(a) KATARINE CARVALHO, CAPTANO

Origem: Ambulatório  
Prontuário: 0067114/9  
Convênio: SUS  
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

COAGULOGRAMA (SANGUE)

COAGULOGRAMA

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS): 1 min.  
TEMPO DE COAGULAÇÃO (TC): 7 min.  
TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 14,5 seg.  
ATIVIDADE (TP): 79 %  
INR: 1,25  
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA): 28,6 seg.  
PLAQUETAS: 117000 /mm<sup>3</sup>

Valores de Referência: 1 a 4 min.  
Valores de Referência: 4 a 10 min.  
Valores de Referência: 11 a 13 seg.  
Valores de Referência: 70 a 100 %  
Valores de Referência: Até 1,20  
Valores de referência: 28 a 43 seg.  
Valores de Referência: 150 a 450/mm<sup>3</sup>

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:  
DIEGO RANGEÔ DA COSTA PAIXÃO - CRBM : 2762

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS  
Data de Nascimento: 15/07/1974  
Nro Identidade:  
Emissão do laudo: 26/08/2019  
Dr(a): KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório  
Prontuário: 0067114/9  
Convênio: SUS  
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

UREIA: 34 mg/dL

Método: Enzimático UV

Valores de Referência: Adulto/Homem: 18 a 35 mg/dl  
Adulto/Mulher: 15 a 43 mg/dl

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:  
DIEGO RANGEÔ DA COSTA PAIXÃO - CRBM : 2762

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS  
Data de Nascimento: 15/07/1974  
Nro Identidade:  
Emissão do laudo: 26/08/2019  
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório  
Identificador: 0067114/9  
Convênio: SUS  
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material: SANGUE

CREATININA: 1,2 mg/dl

Método: Cinético

Valores de Referência: Homem: 0,70 A 1,30 mg/dl  
Mulher: 0,60 A 1,10 mg/dl

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:  
DIEGO RANGEO DA GOSTA PAIXAO - CRBM : 2762

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."

Paciente: JOSE ROMILDO SANTOS  
Data de Nascimento: 15/07/1974  
Nro Identidade:  
Emissão do laudo: 26/08/2019  
Dr(a) KATARINE CARVALHO CAETANO

Origem: Ambulatório  
Prontuário: 0067114/9  
Convênio: SUS  
Cartão SUS: 701007865049393

Página 1

Solicitação: 20142

Material SANGUE

GLICOSE: 123 mg/dL

Método: GOD - PAD Fotométrico Enzimático

Valores de Referência: Adultos : 70 a 115 mg/dL

Recebimento material: 26/08/19 18:54 Liberado em: 26/08/19 20:17

Exames conferidos e liberados digitalmente por:  
DIEGO RANGÊO DA COSTA PAIXAO - CRBM : 2762

"Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."



Universidade  
Federal do Rio de Janeiro

# BOLETIM DE ANESTESIA

**EBSERH**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERAL

NOME: Dr. Romildo Santos NASCIMENTO: 15/7/74  
PROCEDIMENTO: Tratamento cirúrgico de pólipos de tornozelo esquerdo CIRURGIÃO: Gláuber

| AGENTES INALATORIOS |       | (S) | (I) | (C) | (E) | (G) | (B) | (D) | (A) |
|---------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Oxigênio            | Litro |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Ar Comprimido       | Litro |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Ventil              | %     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| AGENTES VEROSOS: (mg)    |  | (S) | (I) | (C) | (E) | (G) | (B) | (D) | (A) |
|--------------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Dexmedetomidina 10 mg |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 2. Diplozepam 3 mg       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 3. Nifedipina 1 mg       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 4. Clonazepam 8 mg       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 5. Gabapentina 260       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 6. Sufentanil 200        |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 7. Propofol 100 mg       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 8.                       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 9.                       |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 10.                      |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 11.                      |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 12.                      |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 13.                      |  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 14.                      |  |     |     |     |     |     |     |     |     |

| VENTILAÇÃO                                   |     | (S) | (I) | (C) | (E) | (G) | (B) | (D) | (A) |
|----------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Espontânea          | 200 |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Máscara facial      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Máscara laríngea    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Mecânica            | 150 |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> FIO 1 Fr            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Filtro respiratório |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Sistema circular    | 100 |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> Não retilineo       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

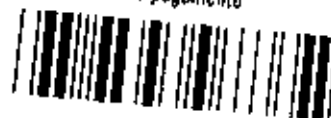
  

| MONITORIZAÇÃO                                          |    | (S) | (I) | (C) | (E) | (G) | (B) | (D) | (A) |
|--------------------------------------------------------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia       |    |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> ECG                |    |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria de pulso |    |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <input type="checkbox"/> ETCO2                         | 50 |     |     |     |     |     |     |     |     |

| Fluidos:    |     | (S) | (I) | (C) | (E) | (G) | (B) | (D) | (A) |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| SP02 %      | 85% |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ETCO2 mmHg  | 35  |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Verificadas | G   |     |     |     |     |     |     |     |     |

| TÉCNICA ANESTÉSICA: ( ) Geral (X) Regional (X) BSA                                                               |  | Destino: (X) CPRA ( ) UTI ( ) Quarto |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Intubação orotraqueal e oxigenação nasal dorsal com cloralfeniramina 1% e medetomidina 150 mg 9,5% hiperbarica + |  |                                      |  |
| Observações: morfina 60 mg                                                                                       |  | DATA: 3/9/19                         |  |
|                                                                                                                  |  | ANESTESISTA: CRM/SE 3829             |  |



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jose Romildo Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.392.395

EXPEDIDO POR SSP/SE

EM 06/10/2019

CPF 904.639.355-00 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Romildo Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0645 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 50293-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Salgado/24 de outubro de 2019  
Se LOCAL E DATA

Jose Romildo Santos  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**! ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



6277 8017 1367 8286

0277

VALIDITY DATE

10/24

JOSE ROMILDO SANTOS  
0645 013 00050293-5

elo

JW



e dou fe que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 23/10/2019 em Augusto César de Oliveira Santos, Escrivão Autorizado, assinou e dou fe. Taxa R\$ 2,87; Perda R\$ 0,57, Total R\$ 3,44

Selo nº 201929629007954 24/10/2019 11:55:12  
Consulte autenticidade em www.tjse.jus.br/x/47MUCB



**GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DISTRITAL DE SALGADO - SALGADO - SE**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 111592/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 23/10/2019 13:06

Data/Hora Fim: 23/10/2019 13:18

Origem: Pessoa Física - Particular

Delegado de Polícia: Paulo Cristiano Alves Ricarte

Boletim de ocorrência



**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia Municipal de Itaporanga d'Ajuda

Data/Hora do Fato: 26/08/2019 15:00

**Local do Fato**

Município: Itaporanga d'Ajuda (SE)

Logradouro: entrada do povoado sapé

Bairro: Povoado Sapé

CEP: 49.120-000

Tipo do Local: Área Rural

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Veículo              |

**ENVOLVIDO(S)**

| Nome Civil: JOSE ROMILDO SANTOS (COMUNICANTE) |                                        |                 |                  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                     | Naturalidade: SE - Cumbe               | Sexo: Masculino | Nasc: 15/07/1974 |
| Profissão: Pedreiro                           |                                        |                 |                  |
| Estado Civil: Divorciado(a)                   |                                        |                 |                  |
| Nome da Mãe: ROSA MARIA SANTOS                | Nome do Pai: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS |                 |                  |

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 904.639.355-00

RG - Carteira de Identidade: 1392395

**Endereço**

Município: Salgado - SE

Logradouro: CONJUNTO NASCIMENTO ALVES

Bairro: ESTAÇÃO

Telefone: (79) 99941-5275 (Celular)

Nº: 152, RUA E

CEP: 49.390-000

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

|                                   |                                                  |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| Grupo Veículo                     | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão |
| Placa NVG5291                     | Renavam 00279413580                              |
| Número do Chassi 9C2J4120BR517588 | Cor ROXA                                         |
| UF Veículo Sergipe                | Marca/Modelo MOTO HONDA CG 125 FAN ES            |
| Veículo Adulterado? Não           | Quantidade 1 Unidade                             |
| Situação Meio Empregado           |                                                  |

| Nome Envolvido      | Envolvimentos |
|---------------------|---------------|
| JOSE ROMILDO SANTOS | Proprietário  |

**RELATO/HISTÓRICO**

Delegado de Polícia Civil: Paulo Cristiano Alves Ricarte

Impresso por: Luzinaldo Santos Xisto

Data de Impressão: 23/10/2019 13:18

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



Procedimentos Policiais Eletrônicos

*[Assinatura]*  
Luzinaldo Santos Xisto  
Agente de Polícia Civil  
RG 1392395



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DISTRITAL DE SALGADO - SALGADO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

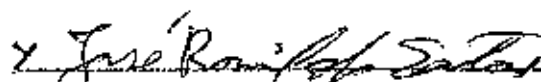
Nº: 111592/2019

RELATA O NOTICIANTE QUE NO DIA 26/08/2019, POR VOLTA DAS 15H, VINHA TRAFEGANDO EM SUA MOTO, PROXIMO AO POVOADO SAPÉ, EM ITAPORANGA, QUANDO, AO FAZER UMA CURVA E TENTAR DESVIAR DE VEICULO, CAIU COM SUA MOTO; QUE SOFREU LESÕES NO TORNOZELO ESQUERDO, O PUNHO ESQUERDO E LESÃO NA CABEÇA; QUE É DEVIDAMENTE HABILITADO; QUE FICOU INTERNADO POR 3 (TRÊS) DIAS CONFORME RELATORIO MEDICO APRESENTADO NESTA DEPOL; QUE NÃO TINHA FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA NO MOMENTO DO ACIDENTE; É O RELATO.

ASSINATURAS

  
Luzinaldo Santos Xisto  
Agente de Polícia Civil  
RG. nº 903758/SE

Luzinaldo Santos Xisto  
Agente de Polícia  
Matrícula 803758  
Responsável pelo Atendimento

  
JOSE ROMILDO SANTOS  
(Comunicante)

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO DE SALGADO-SE

Titular: EDUARDO SOARES LINS DE CARVALHO  
Telefone: (79) 3651-1766



Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido em 24/10/2019. Eu, Augusto César de Oliveira Santos, Escrevente Autorizado, assino e dou fé. Taxa R\$ 2,00; Foral R\$ 0,57, Total R\$ 2,57.  
Auto: 201929629007954 24/10/2019 11:54:42  
Consulta autenticidade em [www.tjse.jus.br/x/4/MUCB](http://www.tjse.jus.br/x/4/MUCB)



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Romildo Santo, portador da carteira de identidade nº 1392.395 e inscrito no CPF/MF sob o nº 90463935500 residente e domiciliado na Rua E, nº 152, Conj. Nascimento Alves, Cidade Salgado Estado Sergipe, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Declaração de Inexistência de IML



José Romildo do Santo

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Salgado/SE 24 de setembro 2019

Local e data