

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2665721520200316161842

Processo 0806824-95.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08068249520208230010

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 **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**, 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 **03/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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\$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme laudo abaixo:

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200007619	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA	Data do acidente: 03/10/2019	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS				
Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO, ESTÁ DE ALTA.				
Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 16/01/2020				
Conduta mantida:				
Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO E TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

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 ressalvar 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\$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze 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 **03/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 6.412,50 (seis mil e quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000012197-0

Nr. da Autenticação FF6D0FC1292F0E23

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 6.412,50 (SEIS MIL E QUATROCENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

⁷ art. 1º. (...)

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

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					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08068249520208230010.

Rio de Janeiro, 6 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CNPJ: 05.939.487/0001-03
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.555.428-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 65.368-410

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

Matrícula: 624411

Janeiro/2019

Dados do Cliente:

JOSE BERNARDO PEREIRA LIMA
5119931234

Endereço para entrega:

RUA ANTÔNIO MARCELO DE MOURA, 120 - 18
SILVIA LEITE DOM-ALTA PR 65917-190

Inscrição

001.019.092 02/7/2008

Rota

22

Seq.Rota

1365

Quantidade de Economias

10.000.000

Hidrômetro

7140 - MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

REAVISO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

REGULARIZE-SE EM 05 (CINCO) DIAS, SOB PENA DE INTERRUPÇÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA NO SEU IMÓVEL E A INCLUSÃO DO RESPONSÁVEL JUNTO AO SERASA, CONFORME NOS PERMITE A LEI FEDERAL Nº 11.445/2007. CASO EXISTA AVISO ANTERIOR, CUJO DÉBITO LISTADO AINDA NÃO TENHA SIDO REGULARIZADO, AINDA A SEU IMÓVEL ESTÁ SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO A QUALQUER MOMENTO, MANTENDO OS COMPROVANTES DE PAGAMENTO NO SEU IMÓVEL A DISPOSIÇÃO DOS NOSSOS COLABORADORES, PARA EVITARMOS A SUSPENSÃO INDEVIDA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO

REFERÊNCIA CONTA
11/2018

VENCIMENTO
15/12/2018

VALOR(R\$)
32,27

PAGAR

21/01/2019

TOTAL A PAGAR

32,27

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Peço exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade

de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARNISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito(a)

no CPF sob o nº 702.214.982-81 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima

ARNISON MAFRA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº

702.214.982-81, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA SO. PM. JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA</u>		Número <u>2/9</u>	Complemento _____
Bairro <u>CARANA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.618-877</u>
E-mail <u>luana.souza718@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(095) 99116.8367</u>

Boa Vista-RR, 02/01/20.

Local e Data

Luana Amorim de Souza Lopes
Assinatura do Declarante

Otopatia

D. Jorlha

paciente vítima de acidente com motor
com fratura exposta de crânio da calota.
Direito, oblíquo além de fratura
fechada de mola do meido do
tombado Direito.

Realizado avaliação do ferimento,
após com deformidade fratura pulso
CD: Ao Centro Cirúrgico.

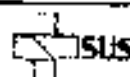
Ciprofloxacina 400mg em 2 doses 12h
Clindamicina 600mg EV 4 doses
ATT 0,5ml I/M →

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 15554

18 horas, Centro Cirúrgico comunitário
por 3 vezes, porém não foi feita
disponível, após realgar o local
foi feito o curativo e o paciente foi
internado no Hospital de
Doença e/ou de Resgate

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 15554
Dr. Moisés Aguiar
Médico Residente
Otopedia e Traumatologia
CRM 15554

Internação



Sistema Ministerial
União da Saúde
Secretaria de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNEP

4 - CNEP

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - NOME

12 - SOBRENOME

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

13 - CID

14 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID 1986 MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

*FX aneurisma D + TAE D, decorrente
ocidente transilí
- LMC + clivatura aneurisma D + redeção*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clivagem

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXADOS OU FRASES REALIZADAS)

Exame físico + R+

20 - EXAME DE RADIOLÓGIA

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 OUTROS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - QUANTIDADE

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CONFERIR COM O PROFISSIONAL SOLICITANTE) 30 - Nº DO DOCUMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(ASSISTENTE)

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Vilson P. / Dr. Ruyce

31/10/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VÍCIOS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHISTICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJEIRO

36 - CARTELA DE SEGURO

37 - Nº DO SEGURO

38 - Nº DO SEGURO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNPJ

42 - VÍCIOS COM A PRODUÇÃO

() EMPREGADO

() EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() DESPREZADO

() APOSENTADO

() NÃO RESUTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID 10 AUTORIZADOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CONFERIR COM O PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

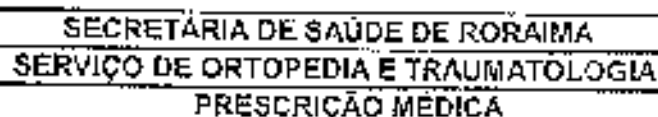
48 - CID

49 - CID

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

11/1



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCELO MARQUES
03/11/2018

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
8 H				
12 H				
18 H				
24 H				



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	D/M	DN
PACIENTE	BARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA	
AGNOSTI	FX ANTEBRAÇO D + TNZ D	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	63
ITEM	DATA	04/10/2019
PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H S/N	
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,5% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	BSVV + CCGG 8/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

APÓS CONTATO PACIENTE DETALHADO NO LEITO, ATIVO, REALIZADO, CONTACTUANTE

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

EXAMINADO:

EXAMINADO: MANTIDA

EXAMINADO: PROGRAMADA DE CIRURGIA

EXAMINADO: PREVISÃO DE ALTA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	140/80	55	18
12 H	140/80	55	18
18 H	140/80	55	18
24 H	140/80	55	18

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 7028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Assinado por: [Assinatura]
Título: [Título]
Código: [Código]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

HC

DATA DE ADMISSÃO		4/10/2018	DIH	4/10/2019	DN	22/8/2004
PACIENTE		ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO		FX ANTEBRAÇO D + TNZ D				
ALÉRGICAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	15	LEITO	425	4/10/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					Paula
3	SF C.9 % 500ml EV SN					SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN					SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO 8/8H SN					SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA					SC
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN					SC
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H					SC
9	CLINDAMICINA 300MG EV OU VO 8/8H					SC
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					SC
11	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110MMHG					SC
	SSVV + OGGG 6/6H					ROTINA
	CURATIVO DIÁRIO					M
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉD.						

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	60	—	36,5°C
12 H				
18 H				
24 H	90/60	61	—	36,5°C

Company Name	Address	City	State	Zip	Phone	Telex	Fax	Internet	E-mail
1. COMPANY NAME	2. ADDRESS	3. CITY	4. STATE	5. ZIP	6. PHONE	7. TELEX	8. FAX	9. INTERNET	10. E-MAIL
11. COMPANY NAME	12. ADDRESS	13. CITY	14. STATE	15. ZIP	16. PHONE	17. TELEX	18. FAX	19. INTERNET	20. E-MAIL
21. COMPANY NAME	22. ADDRESS	23. CITY	24. STATE	25. ZIP	26. PHONE	27. TELEX	28. FAX	29. INTERNET	30. E-MAIL
31. COMPANY NAME	32. ADDRESS	33. CITY	34. STATE	35. ZIP	36. PHONE	37. TELEX	38. FAX	39. INTERNET	40. E-MAIL
41. COMPANY NAME	42. ADDRESS	43. CITY	44. STATE	45. ZIP	46. PHONE	47. TELEX	48. FAX	49. INTERNET	50. E-MAIL
51. COMPANY NAME	52. ADDRESS	53. CITY	54. STATE	55. ZIP	56. PHONE	57. TELEX	58. FAX	59. INTERNET	60. E-MAIL
61. COMPANY NAME	62. ADDRESS	63. CITY	64. STATE	65. ZIP	66. PHONE	67. TELEX	68. FAX	69. INTERNET	70. E-MAIL
71. COMPANY NAME	72. ADDRESS	73. CITY	74. STATE	75. ZIP	76. PHONE	77. TELEX	78. FAX	79. INTERNET	80. E-MAIL
81. COMPANY NAME	82. ADDRESS	83. CITY	84. STATE	85. ZIP	86. PHONE	87. TELEX	88. FAX	89. INTERNET	90. E-MAIL
91. COMPANY NAME	92. ADDRESS	93. CITY	94. STATE	95. ZIP	96. PHONE	97. TELEX	98. FAX	99. INTERNET	100. E-MAIL

EVOLUÇÃO DO EXPERIMENTO

DATA: 1/11/2012

MANHÃ

ADAPTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA: 1/11/2012

MANHÃ

ASS. EQUIPAMENTO-SUPORTE

DATA: 1/11/2012

TARDE

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

DATA: 01/11/2012

TARDE

Paciente admitido às 18:45h. Noite
Unidade segue atendida em NSD. Paciente
está deprimido, com a presença de medicação

$PA = 120 \times 90$

$P = 60$

$T = 36,8$

NOTA:

DATA: 1/11/2012

NOTA:

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

Ver no livro "Unidade de Saúde" de
Bach, o conteúdo e se segue com
unidade

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO

ASS. EQUIPAMENTO-TÉCNICO



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + 1º DÍGITO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	05/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				CV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				CV
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				CV
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				CV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				CV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				CV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				CV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				CV
10	SSV - CCGG 8/8 H				CV
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				CV
14	CURATIVO DIÁRIO SN				M
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DLNL, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	U	E
6 H	130x80	89	18	36,4	+	-
12 H	140x90	65	17	36,7	+	-
18 H	140x90	70	18	36,5	+	-
24 H	140x90	89	19	36,5	+	-



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	05/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
4	TILATIL 2CMG EV 12/12H				SN
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/8 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
16					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
8 H	120 x 80	51	17	36,4°C
12 H	115 x 76	53		36,7°C
18 H	123 x 85	50		37,5°C
24 H	120 x 80	67	17	36,5°C

José Carlos Vitor
05/10/2019

[illegible]

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CÂTERES E SONDAS:			
CÂTER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CÂTER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VENTIL: SIM () NÃO ()	DATA:		
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()	DATA:		



TESTES	
☐ BRONCO DE INEFECÇÃO ☐ PAQUÍDIA RESPIRATÓRIA PERCUTIDA ☐ INDICAÇÃO DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ TUDO GIÁSTRO PRESENCIALIDADE ☐ MANSUETUDE ☐ BAFADO	☐ MANTER VIAS AÉREAS PERMEÁVEIS ☐ REGULAR CLIMATIZADOR COM VÍAS ☐ VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ☐ MANTER NIVEL DE OXIGENIAÇÃO ☐ MANTER OMBRELHURA ELEVADA ☐ ASPIRAR VÍAS JUNTAS ☐ VERIFICAR SINAIS DE CONSCIENTIA ☐ ATENDER AOS DESEJOS ALIMENTARES

[illegible][illegible]

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - CC	Primeira vez? ☐ Versando ☐	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro 2013	
		ENF/LEITO: 425	

Nome: <u>Adriana Maria de Oliveira</u>			
DATA: <u>06/10/13</u> ☐ GRAU-I ☒ GRAU-II	Localização / Região: <u>MSO</u>  	DATA: _____ ☐ GRAU-I ☐ GRAU-II	Localização / Região: _____  
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma mecânica		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma mecânica	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com escudo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ médio, moderado ☒ Úmidos, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ médio, moderado ☐ Úmidos, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Cor: ☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção de cobertura ☐ a pele ao redor ☒ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		☐ evidente na remoção de cobertura ☐ a pele ao redor ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica: ☒ Normal ☐ Molecida ☐ seca ☐ Enfiada / Fungo ☐ Prurido ☐ Outras		☐ Normal ☐ Molecida ☐ seca ☐ Enfiada / Fungo ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para Empesar: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%	
Cobertura primária (Colado direto na ferida): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ ATE ☐ Colagenase ☐ Solução de Povidona ☐ Outros		☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Solução de Povidona ☐ Outros	
Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde	
Data do Próximo troca: <u>07/10/13</u> Em caso de + de 24hs		_____	
Sinal e pos. Tóe. em Extremidade: <u>01- Sinal de Sinau</u> <u>02- Sinal de Sinau</u>		01- _____ 02- _____	
Sinal e Assinatura do Enfermeiro: _____ C.R.S.		O.R.S.: _____	

OBS: Informação adaptada da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Comissão de Curativos Programada.
 Os pacientes com feridas ou lesões, estas devem ser avaliadas regularmente.



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	07/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				am
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12h
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h
8	RANITIDINA 60MG EV 8/8H S/N				12h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12h
10	SSVV + CCGG 6/8 H				12h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 140 MMHG				12h
14	CURATIVO DIARIO SN				12h
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

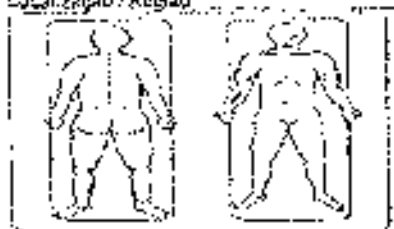
EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1977

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	110x70	57	-	36.3	+	-
12 H	130x80	56	-	36.5	+	+
18 H	120x70	54	-	36.6	+	+
24 H	100x60	52	-	36.4		

	Acompanhamento das Perdas Comissão de Curativo - IEC	Protocolo nº 1	Versão 06	Data da última atualização: 1.2
		Atualização Janeiro 2018		
		ENFEITE: 425		

Nome: <u>Alisson Maria</u>			
DATA: _____ GRAU: I GRAU: II	Localização / Região 	DATA: _____ GRAU: I GRAU: II	Localização / Região 
Descrição: ☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Infecção ☐ Abscesso ☐ Tumor ☐ Lesão ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ Trauma ☐ Outra: _____		Descrição: ☒ Pressão I - II - III - IV ☐ Infecção ☐ Abscesso ☐ Tumor ☐ Lesão ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ Trauma ☐ Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência da Ferida: ☒ Foco de granulação ☐ Sem alteração ☐ Tecido necrótico		Aparência da Ferida: ☒ Foco de granulação ☐ Sem alteração ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☒ Seco, mínimo ☐ Médio, pouco ☐ Abundante, abundante		Quantidade de Exsudato: ☒ Seco, mínimo ☐ Médio, pouco ☐ Abundante, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento	
Dor: ☒ Não ☐ Sim		Dor: ☒ Não ☐ Sim	
Odores: ☒ Ausente ☐ Fétido ☐ Fétido de fôlego		Odores: ☒ Ausente ☐ Fétido ☐ Fétido de fôlego	
Condição da pele: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ Escorificada ☐ Fibrinosa		Condição da pele: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ Escorificada ☐ Fibrinosa	
Soro fisiológico: ☒ 0,9% ☐ 0,9% ☐ 0,9%		Soro fisiológico: ☒ 0,9% ☐ 0,9% ☐ 0,9%	
Cobertura primária: ☒ Não ☐ Sim		Cobertura primária: ☒ Não ☐ Sim	
Contato com o ar: ☒ Não ☐ Sim		Contato com o ar: ☒ Não ☐ Sim	
Data de aplicação: _____ Hora de aplicação: _____		Data de aplicação: _____ Hora de aplicação: _____	
Nome do enfermeiro: <u>Alisson Maria</u>		Nome do enfermeiro: <u>Alisson Maria</u>	
Assinatura: _____		Assinatura: _____	
Data: _____		Data: _____	

Obs: Documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Comu Fer, Substituto Programático.
 Os profissionais em H2 no local: Kátia, estão de acordo e assinando separadamente.



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME

Adilson Wagner de Oliveira

MO EX Antecedente de TUB. P.

DATA

04/30/19

SEXO (AM) F

IDADE

PESO

KG

LITO

Yes

ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESIONES

CONTROLE DE CATERETES E SONDS	SIM	NÃO	LOCAL	DATA
CATERETES CENTRAIS	☐	☐		
CATERETES PERIFÉRICOS	☐	☐		
SONDA VESICAL SIM	☐	☐		
SONDA NASOGÁSTRICA SIM	☐	☐		

SÍNDOA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA VESICAL: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA VESICAL: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA VESICAL: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA VESICAL: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA NASOGÁSTRICA: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____SÍNDOA VESICAL: SIM ☐ NÃO ☐ LOCAL: _____ DATA: _____

DIAGNÓSTICO

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

() RISCO DE INFECÇÃO
() PROBLEMA RESPIRATÓRIO INIBIDO
() INCAPACIDADE DE MANEJAR RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TIPOCA GASOSA PIRACICADA
() ANSIEDADE
() RISCO DE

() MANEJAR VÍAS MÉDICAS PERIFÉRICAS
() MANEJAR CUIDADOS COM VÍAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
() MANEJAR MONITORAÇÃO
() MANEJAR CATEGORIA LIVRE
() MANEJAR VÍAS
() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA

() ENFERMAGEM INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() RISCO PARA O CONTROLE DE EFETOS
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() ATENÇÃO PARA QUEIMAS ALÉRGICAS
() ATENÇÃO PARA QUEIMAS E VÔMITOS
() OBJETIVAÇÃO DE USO PERIFÉRICO
() MANEJAR ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS
() MANEJAR CONTROLE HÍDRICO DE
() OBSERVAR COMUNICAÇÃO E RESPOSTA
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR

() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR
() INCAPACIDADE DE MANEJAR

() VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
() AVALIAR NÍVEL GÁSTRICO DE VÍAS
() OBSERVAR
() OBSERVAR
() OBSERVAR



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	08/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DULML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 197

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS VITAIS	PA	FC	FS	TD	TEMP
8 H	115/69	55	+	+	36.9°
12 H	110/70	54	+	+	37.1
18 H	100/60	73	-	+	36.9°
24 H	115/73	55	-	+	36.6°

[illegible]



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

DATA DE ADMISSÃO		D'H		DN	
PACIENTE	ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D + TNZ DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	15	LEITO	425	DATA	08/10/2010
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5AM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monish
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24h
5	PARACETAMOL 500MG VO 3/8H				24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				24h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				24h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				24h
9	SIMET CONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 3/8 h (S/N)				24h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				24h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				24h
14	CURATIVO DIÁRIO SN				24h
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; -				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 12 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLZML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

Dr. João Roberto de Aguiar
CRM-MR 555

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	E	D
6 H	122/85	53		36.8°	+	+
12 H	120x90	61	-	37°	+	+
18 H	100x70	62	-	36.8	+	+
24 H	133/74	63		36.5°	+	+

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		AVALIAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
ASS. E CARIMBO ENTENDEDO: TAREFA: DATA: / / HORA:		ASS. E CARIMBO TÉCNICO ENFERMAGEM: TAREFA: DATA: / / HORA:	
ASS. E CARIMBO INTERMÉDIO: NOITE: DATA: / / HORA:		ASS. E CARIMBO TEC. ENFERMAGEM: NOITE: DATA: / / HORA:	

Paciente no leito em posição
deitada, mobilidade e cuidados
saúde com suporte adequado
da enfermagem.

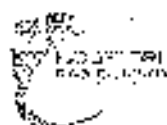
Ass. e Carimbo

Paciente recebe no leito para
durante o período adaptado da
medicação, realizado durante
visitas de enfermagem, segue
dos de enfermagem.

Ass. e Carimbo

Paciente, durante, realizado e sem
efeito positivo, SSV de natureza, realizada e em

Ass. e Carimbo



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Atualizada: Janeiro / 2015

ENE/LETO: 425

Nome: Arlesson Moraes de Oliveira

DATA: 30/10/19

GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Registro



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Lúmen

Quantidade do Exsudato

Tipos de exsudato

Dor:

Odor:

Condição da pele
Periféricas:

Solução para limpeza

Cobertura primária
Contato e reto na lesão:

Nome do curativo:

Data da Próxima troca:
Em caso de 1 de 24hs

Assinatura e Assinatura
do Enfermeiro

USF:

DATA:

GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Registro



Etiologia

Tamanho da Ferida:

Aparência do Lúmen

Quantidade do Exsudato

Tipos de exsudato

Dor:

Odor:

Condição da pele
Periféricas:

Solução para limpeza

Cobertura primária

Contato e reto na lesão:

Nome do curativo:

Data da Próxima troca:

Assinatura e Assinatura
do Enfermeiro

USF:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASSINATURA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	DATA	HORA
------------------------	------	------	-------------------------------------	------	------

Paciente em leito com sinais vitais estáveis, sem alterações significativas. Sinais vitais: FC 72 bpm, PA 120/80 mmHg, T 36,5°C, SpO2 98% em ar ambiente. Sem alterações de nível de consciência.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

Com queixa de dor no local da punção, administrada medicação e repouso. Ficação em repouso absoluto.

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

Ass. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO
 16 de Setembro de 2023
 COPEN RIR 6501558

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA	ASS. E CARIÓTIPO - ENFERMEIRO	DATA	HORA
-------------------------------	------	------	-------------------------------	------	------

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS RR

NOME: Milena da Paiva ID: PK. 010 001010101010

DATA: 09/10/10 SEXO: M IDADE: 21 PESO: 55 KG: 1,65 ANO: 1985 ALÉRGICO: N

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE VITAIS E SINAIS

TEMPERATURA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
PULSO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
TA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
FR	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA



LESÕES

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

1. PELHA 2. VEREDÃO 3. EMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. REABITAÇÃO 6. PROTEÇÃO 7. AMPUTAÇÃO

8. OUTROS 9. OUTROS 10. OUTROS

DIAGNÓSTICO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

1. INFECÇÃO 2. INFECÇÃO 3. INFECÇÃO 4. INFECÇÃO 5. INFECÇÃO 6. INFECÇÃO 7. INFECÇÃO 8. INFECÇÃO 9. INFECÇÃO 10. INFECÇÃO

PREVENÇÃO DE ENFERMAGEM

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

1. PREVENÇÃO 2. PREVENÇÃO 3. PREVENÇÃO 4. PREVENÇÃO 5. PREVENÇÃO 6. PREVENÇÃO 7. PREVENÇÃO 8. PREVENÇÃO 9. PREVENÇÃO 10. PREVENÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Arlisson Mafra de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **370210-3** DATA DE EXPEDIÇÃO **03/04/2019**

NOME
ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTENOR MAFRA DINIZ
FRANCISCA DAS CHAGAS GREGÓRIO DE OLIVEIRA
NATURALIDADE

BOA VISTA - RR
DOC. ORIGEM

CERTD NASC 63.670 FLS 005V LIV A-90
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
13/02/1992

PROIBIDO PLASTIFICAR

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Ponto Facioscopista de Polícia Civil
Bombar do RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 702.214.982-81

Nome: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 13/02/1992

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 16/07/2014

Digito Verificador: 00

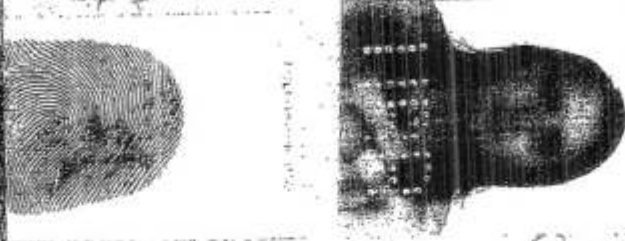
Comprovante emitido às: 12:45:03 do dia 03/01/2020 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1C2E.F090.157A.182E



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Luana Amorim

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC-3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPE 234319382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N-7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006890/20

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

CPF: 702.214.982-81

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA : 702.214.982-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007619

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 03/10/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO E TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007619

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 03/10/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS

Descrição do exame físico: APRESENTA DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO, FORÇA MOTORA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO E CIRCUNDAÇÃO DO PUNHO DIREITO, SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO E PLANTIFLEXÃO E DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DIREITO E RADIO/ULNA DIREITAS, FOI SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MODERADO E TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007619 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA DIREITA
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.31)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(31)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007619 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO RÁDIO E ULNA DIREITA
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(P.31)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(31)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Identidade: 370210-3 SSP/RR **CPF:** 702.214.982-81

Naturalidade: BOA VISTA/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO **Profissão:** AGRICULTOR

Endereço: RUA ANTONIA MOREIRA DE MORAES, 122 – SILVIO LEITE / CEP: 69.317-192

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 15 de outubro de 2019.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO	
AV. VISTA RUA Nº 506 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL.: (68) 3024-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		TABELÃO E REGISTRADOR	
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)			
[Assinatura] - ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA			
F. em testemunho da verdade. Boa Vista, 18/12/2019			
Empl: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10Vr Selo 01 Br			
Selo: REC FIR 1583459NMZF9KWIVBM0817 N° Ticket: 00266			
Consulte seu selo: https://cidadao.portalsei.rr.com.br			
CPF Solicitante: 70221498281			

Marjory C. C. Brighi
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006890/20

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

CPF: 702.214.982-81

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA : 702.214.982-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243969

Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190243969

Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243969

Vítima: DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **DEGIVALDO ALVES SIQUEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000002346-9**

Conta: **000010036255-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007619

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007619

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007619

Vítima: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 03/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000012197-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00012197

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2019 10:09 Data/Hora Fim: 18/12/2019 10:34
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 2454 Data: 03/10/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 03/10/2019 15:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Nazaré Filgueiras

Bairro: Pintolândia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO RICHARDSON PASSOS FEITOSA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 39
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua José Aurelizano da Costa
Bairro: Centro

Nº: 966

Nome Civil: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO , VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 13/02/1992
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca das Chagas Gregório de Oliveira Nome do Pai: Antenor Mafra Diniz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 702.214.982-81
RG - Carteira de Identidade: 370210-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Antonia Moreira de Moraes
Complemento: Apartamento 01
Bairro: Dr. Silvio Leite
Telefone: (95) 99146-4346 (Recado)

Nº: 122

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 18/12/2019 10:34
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033490/2019-A03

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 035.462.342-78	Placa JXO3912
Renavam 00123326907	Número do Motor 4847778
Número do Chassi 9BRBB48EX95056028	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX
Modelo TOYOTA/COROLLA XEI18FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/06/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Richardson Passos Feitosa	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 000.781.912-97	Placa NAT-1480
Renavam 00905897501	Número do Motor G355E-004728
Número do Chassi 9C6KG021070004636	Ano/Modelo Fabricação 2007/2006
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250
Modelo YAMAHA/LANDER XTZ250	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Arlisson Mafra de Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O ROP relata que a guarnição foi acionada via CIOPS para ocorrência de acidente de trânsito no local. Que Antonio Feitosa conduzia o Toyota Corolla, placa JXO 3912 e Arlisson conduzia a motocicleta Yamaha Lander, placa NAT 1480. Que Antonio Feitosa informou que transitava pela AV. Nazaré Figueira sentido Laura Pinheiro, quando no cruzamento em frente ao 2º Batalhão ligou seta indicando a intenção de fazer o retorno à esquerda, momento em que a motocicleta colide na lateral esquerda traseira do Corolla. O condutor da motocicleta aparentava ter fratura no antebraço/mão direita e outros ferimentos na perna. Que o SAMU foi acionado e removeu Arlisson Oliveira ao HGR. Informa que ambos veículos estavam com licenciamento em atraso e foram removidos ao pátio do Detran. Informa ainda que o condutor dois não foi apresentado junto ao relatório por ter sido removido para cuidados médicos. A pericia esteve no local por intermédio do perito Sr. Reginaldo.

É o relato sucinto.

O COMUNICANTE VÍTIMA ARLISSON QUE NÃO É HABILITADO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, QUE A MOTOCICLETA PLACA NAT-1480, QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO NO DIA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFREU LESÕES CORPORAIS, ESTÁ NO NOME DE PAULO ALVES BEZERRA DE SOUSA; E QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. É o aditamento/acréscimo.

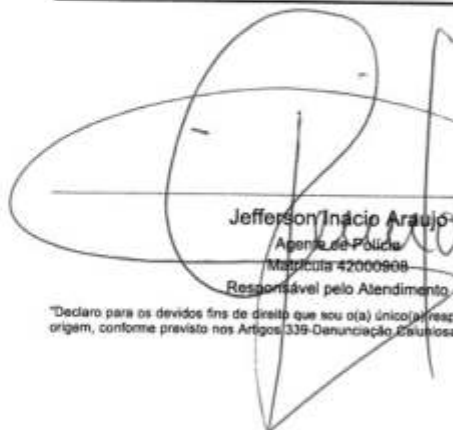


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 033490/2019-A03

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento




Arlison Mafra de Oliveira
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

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

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARLISSON MAFRA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000012197-0

Nr. da Autenticação FF6D0FC1292F0E23