

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: 2665094520200316113318

Processo 0806866-47.2020.8.23.0010 ☆ - (13 dia(s) em tramitação)

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

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 04 de maio de 2020 às 10:40:00	
Intimações aguardando cumprimento:	Ver Intimação Evento de 09/03/2020 - Prazo: 11/03/2020 à 17/03/2020 (5 dias): PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE Cumprir Prazo
	Ver Intimação Evento de 09/03/2020 - Prazo: 11/03/2020 à 17/03/2020 (5 dias): AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA Cumprir Prazo
	Ver Intimação Evento de 09/03/2020 - Prazo: 11/03/2020 à 17/03/2020 (5 dias): EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Cumprir Prazo

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

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

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

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

Descrição:

18 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 18 500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	18	16/03/2020 11:33:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	18.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2703442CONTESTACAO01.pdf
	18.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2703442CONTESTACAOAnexo02.pdf
	18.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf
			Público
			Público
			Público
17	10/03/2020 10:44:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (09/03/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
16	10/03/2020 10:44:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (09/03/2020) e ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
15	10/03/2020 10:44:26	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (09/03/2020) e ao evento de expedição seq. 13.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
14	10/03/2020 10:41:29	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 10/03/2020 referente ao evento de expedição seq. 12.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
13	09/03/2020 13:56:16	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 12) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (09/03/2020)	KHALLIDA LUCENA DE BARROS Analista Judiciário
		EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE	KHALLIDA LUCENA DE BARROS



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08068664720208230010

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 **SILMAR COSTA DA SILVA**, 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 **06/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/09/2019**.

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190543006	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA	Data do acidente: 06/04/2019	Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.				
Descrição do exame: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA físico: FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.				
Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.				
Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 07/11/2019				
Conduta mantida:				
Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **06/04/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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:	13/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMAR COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000067907-0

Nr. da Autenticação 09F24F26FF7D2E4C

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

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.”

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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.

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 **SILMAR COSTA DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08068664720208230010.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Número do Sinistro: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 31/10/2019

Nome: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019

Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

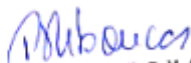
Número do Sinistro: 3190543006
Nome do(a) Examinado(a): Silmar Costa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Ruth Pinheiro, 1030
Tancredo Neves Boa Vista RR CEP: 69313-512
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 244598
Data local do acidente: [06/04/2019]
Data local do exame: [07/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019
Complicações: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ATROFIA MASCULAR + MARCHA CLAUDICANTE
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190543006 Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543006 Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **SILMAR COSTA DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000067907-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **61751448215** 4 - Nome completo da vítima: **SILMAR COSTA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **SILMAR COSTA DA SILVA** 6 - CPF: **61751448215**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **R: RUTH PINHEIRO** 9 - Número: **1030** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **TANCREDO NEVES** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **09313512**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): **95991413275**

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:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **4263** **3** CONTA: **67907** **0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

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 (vairascer)? ☐ 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 Lider 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 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BOA VISTA, 18/09/2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 133/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 02/09//2019

COMUNICANTE: SILMAR COSTA DA SILVA

RG: 244538

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 617514482-15

ENDEREÇO: RUA - RUTH PINHEIRO, 1030

BAIRRO: TANCREDO NEVES

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: ÓBIDOS

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1975 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL

TELEFONE: 991728558

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIVUNDA COSTA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 08h50min do dia 06/04/2019, AVENIDA - NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - CAIMBÉ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima supracitado conduzindo HONDA/CG 25 ESD, Placa NAU 7628, Ano 2014/2014, Chassi 9C2JC4160E012913 de propriedade do Senhor WELLINGTON MARTINS DA SILVA; Que o comunicante informa que estacionou em frente uma padaria no endereço acima citado, quando foi atingido na Lateral esquerda por uma MOTOCICLETA BIZ da qual o comunicante não sabe informar dados, pois o mesmo se evadiu do local. Que o comunicante foi socorrido por populares, em seguida levado para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO); Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERV

Silmar Costa da Silva

SILMAR COSTA DA SILVA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que foi origem, conforme previsto nos Artigos 334 denunciação caluniosa e 340 comunicação falsa de crime ou de autor de crime do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENYE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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



<i>Givanildo da Silva Vieira</i> AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 042000855	• •
---	-------------------



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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMAR COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000067907-0

Nr. da Autenticação 09F24F26FF7D2E4C

**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: 3653656

JOICILENE GENTIL COSTA

R. RUTH PINHEIRO, 1030 ,

TANCREDO NEVES

69313512 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	PERÍODO DE CONSUMO 01-OCT-16 a 30-APR-19
CONSUMO (kWh) 3782	VENCIMENTO 25-OCT-19	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01

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**

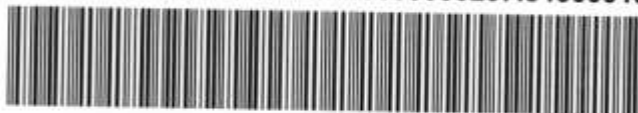
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01
-------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

836000000304.110100750006.000000000257.343009190152



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WELWINTON MARTINS DA SILVA,
RG nº 167108, data de expedição 06/07/06,
Órgão RR, portador do CPF nº 69088977291, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua
Ruth Pinheiro, nº 1093,
Bairro: Tomacredo Neves, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima SILMAR COSTA DA SILVA,
cujo o condutor era SILMAR COSTA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FANESD

Ano: 2014/2014

Placa: NAU 7628

Chassi: 9C2JC4160ER029130

Data do Acidente: 06/04/2019



Local e Data: Boa Vista/RR, 09/05/19

WELWINTON MARTINS DA SILVA

Assinatura do Declarante

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



DANIEL AQUINO
138.235.5469-215161683
Reconhecido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
WELWINTON MARTINS DA SILVA

Cartório do 2º Ofício de Registro de Imóveis de Boa Vista, RR
Av. Almirante Tamandaré, 4307 - São Francisco
Fone: (68) 3627-6186
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

Em testemunho da verdade, EQLC
De que dou fé, Boa Vista/RR, 20 de agosto de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portaltram.com.br
REC.FIR.168296E66ODJAGPJW2QX22

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

138.235
Escritura Autorizada

02/04/2019

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
 Secretaria de Estado de Saúde
 Hospital Para os Roraimenses - HPA - UFRR
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3345

Unidade de Pronto Atendimento

Verificar
 Lactação
 Amamentação
 Vacinas
 Avaliar

Verificar
 Vacinas
 Avaliar

FICHA DE ATENDIMENTO

RAJACIOLOGIA

Nome: **SILMAR COSTA DA SILVA**
 Data Nascimento: **17/08/1975**
 Idade: **43 A Y M 24 D**
 Estado Civil: **Divorciado**
 Nacionalidade: **BRASILEIRO**
 RG: **59403286-6**
 CPF: **61751448215**
 Endereço: **FRANCISCO CONCEICAO DA SILVA**
 Bairro: **ORIBOIS - PA**
 Cidade: **BRASIL**
 Telefone: **91 91127-824**
 Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Nome da Mãe: **RAIMUNDA COSTA DA SILVA**
 Endereço: **RUA - RUTH PINHEIRO - 1030 - TANCREDO NEVES - HOA VISTA - RR**

Classificação: **Plano Convênio**
 SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**
 Tipo de Caso: **DEMANDA ESPONTANEA**

Queixa Principal: **ACIDENTE DE MOTO**
GRANDE TRAUMA

Exames Complementares: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Imagem: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Laboratório: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Diagnóstico: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Tratamento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Acompanhamento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Controle: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Avaliação: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Monitoramento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Acompanhamento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Controle: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Avaliação: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Monitoramento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Anamnese - HORA DA CONSULTA

Paciente com história de acidente automobilístico com
 trauma por pancada de frente da cabeça
 - MTC Glasgow 15.

Edição - 10/10/2019

Hipótese Diagnóstica

SADY - Exames Complementares

Exames de Diagnóstico: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Tratamento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

Exames de Acompanhamento: **Exame Febre** **Sintomas Respiratório** **Suporte de Dengue**

ÁREA DE ENFERMAGEM - DPM
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 20 SET 2019
 GENTE SEGURADORA SIA

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3345
 Nova Pádua - RR (69200-000)
 ATENDIMENTO
 2019

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3345
 Nova Pádua - RR (69200-000)
 ATENDIMENTO
 2019

Impressão: 02/04/2019 10:00:00
 Doc: 00000000000000000000



6/4/13

Paciente Dr. Vespertino Dr. Vespertino

paciente relatando episódios com tontura
com início contínuo em 2012

Em 2012, o paciente em 2012, o paciente
relatou episódios de tontura
com início contínuo em 2012, o paciente
relatou episódios de tontura

Dr. Vespertino Dr. Vespertino
relatou episódios de tontura

Dr. Vespertino Dr. Vespertino
relatou episódios de tontura

Dr. Augusto Camargo
Médico Especialista
Otorrinolaringologia
CRM 154.154



BLOCO D

2003 14/04/83

SUS

Sistema Ministério
União da da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO D

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

6 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente apresenta quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sintomas de dispnéia, edema de membros inferiores e aumento de peso. Tratado com diuréticos e medicamentos para insuficiência cardíaca. Evolução satisfatória com melhora dos sintomas.

9 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

10 - Assina

11 - INFORMAR RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS REALIZADOS DE ACORDO COM O LAUDO

Exames realizados: ECG, Rg, etc.

12 - CONDIÇÕES DE SAÚDE

13 - Assina

PROCEDIMENTO SOLICITADO

14 - TIPO DE INTERNAÇÃO SOLICITADA

15 - Assina

16 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

17 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

18 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

19 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

20 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

21 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

22 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

23 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

24 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

25 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

26 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

27 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

28 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

29 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

30 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

31 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

32 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

33 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

34 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

35 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

36 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

37 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

38 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

39 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

40 - ENDEREÇO DA CASA DO PACIENTE

AUTORIZAÇÃO

41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

030801

001975023

1295

SILMAR COSTA DA SILVA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HER

F-15

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

NEGA

DM2

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

TILATIL 20mg 12/12hs

DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N

TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20hs) VO DE 2/8h SE DOR INTENSA

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

RANITIDINA 50MG EV 8/8HS

SIMETICONA 60 IAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

SSVV + CCGG 6/6 H

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG

CURATIVO DIÁRIO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SG).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI;
351-400: 5UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML; GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Dr. AUGUSTO CARVALHO
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Adm. bloco para programação cirúrgica

Exame físico: SSK, adm med.
de: insulinas. Segue em SSK
de: insulinas. Segue em SSK.

Fernando A. Batista
Téc. em Radiologia
CORP - RN 24578

16/06/2015

BILF 15

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

110/60

65

110/60

65

110/60

65

110/60

65

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



Núcleo de Transferência em

Tratamento de Feridas -

NGR

Protocolo

Versão 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

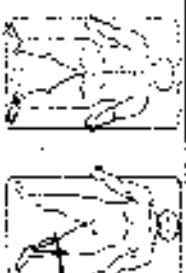
Paciente:

Silvina Costa da Silva

Leito: 45

Data: 07/04/19

Localização



Região: MLE



Região:

Gran: I (X) II ()

Etiologia

- () JLP I II III IV 7+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 (X) Trauma () Traço () Fixador Exerno () Ortopedia
 () Outro:

- () JLP I II III IV 7+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Traço () Fixador Exerno () Ortopedia
 () Outro:

Aparência do

Leito

- () Necrose: Amarela/Verde () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
 (X) Normal (X) Macerado () Seca () Briteira / Rubor
 () Outro:

- () Necrose: Amarela/Verde () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
 () Normal (X) Macerado () Seca () Briteira / Rubor
 () Outro:

Exele Periférica

- () Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento () Seroso (X) Sangüíneo () Seroso
 () Outro:

Quantidade de

Exsudato

- () Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de

- (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

- (X) Gaze () Colágeno/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Data

12/12

2018

14/04

12/12

2018

14/04

Colisão que

realizou

Marta de Paula N. Lima
Avaliação Clínica
07/04/2019Marta de Paula N. Lima
Avaliação Clínica
07/04/2019

Observações

15

[Handwritten signature]

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: 12/08/1975

PACIENTE: **SILMAR COSTA DA SILVA**

DIAGNÓSTICO: **FX PILAO TIBIAL E**

ALERGIAS: **NEGA** HAS: **NAO** DM2: **NAO**

IDADE: **43** LEITO: **F15** DATA: **08/04/2019**

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	SFO, 0,9% 500ML, S/N EV	SN
3	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR	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	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	Rotine
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotine
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV G/G II 5/N (HA SALTA DO ITEM 6)	SN
13		
14		
16		

[Handwritten note: 12/08/1975]

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 16 UI E OUT GLICOSE > 300 DUL, GLICOSE 60% 40 ML EV - AVISAR R. ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x60	78	18	36,9°C
12 H	125/72	76	18	36
18 H	124/72	72	19	36,5°C
24 H	140x78	80		37,5°C

[Handwritten signature]

AO BLOCO

224 Paciente sem melhora no estado geral, com sinais vitais, 10/08/1975 a 10/08/1975 no 1º dia de internação.

7.30hs
 realizado procedimento
 de sutura 5/0, per
 red. no topário, p
 as condições de enfe
 ra sem

Dr. A. S. S. S.
 Tcc. Cirurgião
 Ch. R.

[Handwritten signature]



Unidade de Referência em

Protocolo

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

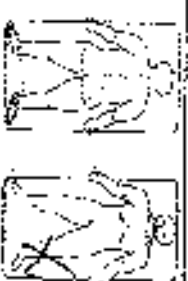
Tratamento de Feridas -

Paciente: SILMAR COSTA

HGR

Leito: 35Data: 08/04/13

Localização

Região MIE

Região:

Grau: I () II ()

Etiologia

() LPP I II III IV ? () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: () Fratura () Fixador Externo () Ortopedia
 () Outros:

() LPP I II III IV ? () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: () Fratura () Fixador Externo () Ortopedia
 () Outros:

Apresentação

() Necrose Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose Amarela/Negra () Esfáceo () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Tipo Periférico

() Normal () Macerado () Seca () Externa / Rubor
 () Outros:

() Normal () Macerado () Seca () Externa / Rubor
 () Outros:

Tipo de Lesão

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sordossanguíneo () Seco
 () Outros:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Sordossanguíneo () Seco
 () Outros:

Quantidade de

() Molhado () Seco

() Molhado () Limbo () Seco

Solução de

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outros:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outros:

Tela

() 11x13 () 48x81

() 11x13 () 48x81

Procedimento que

Realizado

Realizado

Realizado

Observações:



Unidade de Enfermagem em

Protocolo

Versão: 06

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

Paciente:

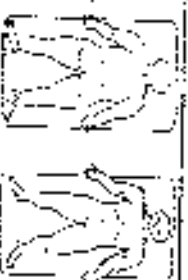
HGR

Silvana Costa Silva

Leito: 15

Data: 09/04/2019

Lateralização



Região M I E



Região

Exatidão

Gravidade I () II ()
LEP I, II, IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Tração Fixador Externo () OrtopediaGravidade I () II ()
LEP I, II, III, IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Tração Fixador Externo () Ortopedia

Avaliação de

() Macrose Amarel/Negra () Escurelo () Granuloso () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar/Sonda () Outros() Necrose Amarel/Negra () Escurelo () Granuloso () Epitelização
() Ferida fechada () Drenar/Sonda () Outros

Avaliação de

() Normal () Macerado () Seco () Alente / Rubor
() Colar() Normal () Macerado () Seco () Alente / Rubor
() Outros

Tipo de Ferimento

() Perfurante () Seroso () Sangüíneo () Seco
() Corte() Perfurante () Seroso () Sangüíneo () Seco
() Corte

Qualidade de

() Molhado () Limbo () Seco

() Molhado () Limbo () Seco

Soluções de

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros

Paciente

() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros

Tamanho

() 12x12 () 48x48 () 12x12 () 48x48

() 12x12 () 48x48 () 12x12 () 48x48

Profissional que

Andressa Alcino

Andressa Alcino

necessário

Técnica de curativo

Técnica de curativo

Observações

Observações

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICA	FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	10/04/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/8 HS OU VO 500MG 6/8HR				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h BE DOR INTENSA				SNV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				molina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				SSVV
12	MORFINA 10 MG + 9AD-4ML EV 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 6				SNV
13					
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI: 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML GLICOSE 50% 40 MI. EV LAVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130/70	71	19	36,2
12 H	160/90	83	18	36,5
18 H	130/80	96	19	37,1
24 H	170/60	75	19	36,2

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Serviço de Ortopedia
 12/08/2019

AO BLOCO

30/8 faciente se
 supresso no leito
 realizado os pro
 cedimentos de enfer
 magem - SSVV

Enfermeira
 Kely
 Realiz

o co Realizado SSVV de
 paciente com repou
 o para que até como
 muito bem, aos cuidados

Kellyany P. Paz
 Tcn. de Enfermagem
 COREN-RR 628.047/2019

Correção!

15

209-1

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN 12/08/1975

PACIENTE SILMAR COSTA DA SILVA

AGNÓSTICO FX PILAO TIBIAL E

ALERGIAS NEGA HAS NÃO DM2 NÃO
IDADE 43 LEITO F15 DATA 11/04/2019

ITEM _____ HORÁRIO S/N

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML S/N EV

5 DIFIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 CURATIVO DIÁRIO

11 SSVV + CCGG 6/6 H

12 MORFINA 10 MG + 9AD-4ML EV 6/6 H S/N (NA FALTA DO ITEM 6)

13

14

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI;
251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E RU GLICOSE ≤ 7% DUML, GLICOSE 50% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	121/82	84	18	36,5
12 H	120/50	81	20	36,8
18 H	125/64	86	19	36,1

Dr. R. T. Rezende

17/08/2015
Paciente em tratamento com insulina regular, sem hipoglicemia. Sem sinais de infecção. Sinais vitais estáveis. Evolução satisfatória.

AO BLOCO

Tatiana A. Batista
Téc. Enfermagem
CONEN RR 71529

Paciente em tratamento com insulina regular, sem hipoglicemia. Sem sinais de infecção. Sinais vitais estáveis. Evolução satisfatória.

BLD 109-1

Paciência

CORRETOR

**409
1**

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	12/04/2018
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SFO, 0,9% 500ML(S/N) EV				
3	DIPIRONA D1 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICOGNA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + COGG 6/6 H				
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV 6/6 h (S/N) (NA FALTA DO ITEM 6)				
13					
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250. 2UI. 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400. 10 UI E CX GLUCOSE 5 70 DL/ML GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
11:12H	96/5/88	83	17	38-1	
18 H					
24 H					

Dr. Maurício Aguiar
 Médico
 CRM-RR 1592

AO BLOCO



Data da Internação (HGR): 06/04/2019

Data da Internação (Bloco D):

BLOCC: D

Lelto:409--1

Para: Cardiologista

Favor Riscò Cirúrgico

Grato

12/04/2019

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

1510972019

Revised and enlarged
New edition for out-
side

AREA DE SINISTROS - DEPARTAMENTO
CONTENDO HAO VERIFICADO

20 SET 2019

GRUPO SEGURODORES SA

1. What is the purpose of the document?

~~Juan Ferrera de Sousa~~



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO 06/04/2019 DIH DN 12/08/1975

PACIENTE **SILMAR COSTA DA SILVA**
 AGNÓSTICO **FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA**

ALERGIAS HAS DM2
 IDADE 43 LEITO 409-1 DATA 13/04/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE
 2 AVP
 4 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N
 7 TFNOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N
 8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N
 9 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N
 10 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

11 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 10 MMHG

12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 8/8 H

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

LXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Edinson U...
 Médico Assistente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 123456



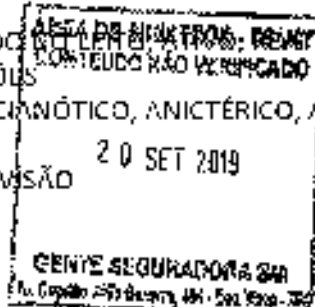
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	23/03/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSV + CCGG 8/8 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300. 4UI; 301-350. 6UI; 351-400. 8UI; ≥ 400. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO, SEM ALTERAÇÕES, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA



SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odinaldo Orsini
 Médico
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 15517/RN

ÁREA DE BIOMETROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENYE SEGURADORA S/A
 Av. Cayllão João Bezerra, 484 - São Vitor - RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Silmar Costa da Silva

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CARTeira de IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

244598

30/05/2019

SILMAR COSTA DA SILVA

FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA
 RAJMUNDA COSTA DA SILVA

OBIDOS - PA
 DOC. ORF 3EM

CERTD NASC 7688 FLS 90 LIV A-10
 OBIDOS-PA

617.514.482-15
 2ª VIA

DATA DE NASCIMENTO
 12/08/1975

AMADEU ROCHA TEIANI
 Presidente do IAP

LEI Nº 7.119 DE 29/06/83

997

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 012920146990
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01305078192 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
WELLITON MARTINS DA SILVA

CPF / CNPJ

690.889.772-91

PLACA

NAU7628

PLACA ANT. / UE

CHASSI

9C2JC4160ER029130

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN ESD

2014

2014

CAP. POT. / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/0124CC/

PARTICU

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

I *PAGO*

PAGO

1ª *****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

A ** PAGO COTA ÚNICA **

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGU

R\$0.7

R\$185.5

14/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ

OCID *

Antonio Francisco Beserra Marques
Boa Vista - RR Diretor Presidente

DATA

15/03/2018

DETRAN-RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012920146990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

CPF / CNPJ

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

01

690.889.772-91

2018

15/03/2018

PLACA

NAU7628

RENAVAM

MARCA / MODELO

01305078192

HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB.

CAT. DAP

Nº CHASSI

2014

9C2JC4160ER029130

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$81.29

R\$9.03

R\$90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

R\$4.15

R\$0.7

R\$185.5

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

14/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Getálio, 484 - São Vito - SP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



Welliton Martins da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 167108 DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/07/2006

NOME: WELLITON MARTINS DA SILVA

FILIAÇÃO:
LUIS MARTINS DA SILVA
MARIA ARLINDA DA SILVA

NATURALIDADE: ALTAMIRA - PA DATA DE NASCIMENTO: 08/04/1980

DOC. ORIGEM: CERTO NASC 18612 FLS 01 LIV 114
ALTAMIRA - PA

CPF: 690.889.772-91

2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIOC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

548837

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 06/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame físico: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do acidente: 06/04/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame físico: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25