

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:
2665084420200316112940

Processo 0806908-96.2020.8.23.0010 ☆ - (12 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7

500 por pág.

1



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

Processo: 08069089620208230010

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 **VALDENIR GALVAO COSTA** representado por **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**, 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 **28/12/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **15/10/2019**.

Cumpra 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 15/10/2019 após 1 ANO E 10 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 28/12/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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:

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)

Número: 3190601749	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA	Data do acidente: 28/12/2017	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA.P.02/03/0506
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
 Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
 Observações: IMAGEM P.14/15/16

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/12/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANIZIA SERVINO GALVAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027683-0

Autenticação:

FB69C5A79599B1F4AC7BDD3290907DB4D7FF36F20B987AEA13BEC6AA5687BFF1

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

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

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

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS 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

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.

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.

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.

Por se tratar de direito que envolve menor incapaz, requer a intimação do Ministério Público para fins de atender ao disposto nos artigos 178, II c/c 279 do CPC, devendo abrir vistas ao Ministério público para emissão do parecer de mérito.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI**, inscrito na **OAB/RR 451-A**, 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 **VALDENIR GALVAO COSTA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08069089620208230010.

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



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1853

UNIDADE: **Bravo II**EQUIPE: *med. iullio Jorge de Mello*Paciente: **VALÉRIA GALVÃO COSTA**Idade: **13 anos** Sexo: **MASCULINO**Nacionalidade: **Portuguesa**

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: **Rua S-25 / N-21**Bairro: **S. V. Campos**Nº **21057**DATA **28 / 12 / 17**HORA J/9: **15:06**

BASES VIA []

RÁDIO []

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM:

HORA J/10: **15:16**

CELULAR []

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO **15:284 15:444**INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (☒) / 1 a 3 horas (☐) / 4 a 24 horas (☐) / Mais de 24 horas (☐) / Não sabe (☐)

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Capotamento	☐ Uso do cinto	☐ FAF	☐ Ac. De Trabalho Local ☐ Trajeto
☐ Atropelamento	☐ Vítima projetada	☐ FAF	☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Colisão AUTO x	☐ Vítima encarcerada	☐ Espancamento	☐ Acidente Doméstico
☐ Motorista	☐ Air Bag Acionado	☐ Violência Doméstica	☐ Queimadura Agente
☐ Passageiro Banco dianteiro		☐ Violência Sexual	☐ Afogamento
☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Tentativa de suicídio	☐ Agressão p/ animal
		☐ Outro:	☐ Outros:

PEDESTRE	MOTOCICLETA / BICICLETA
☐ Atropelamento	☐ Colisão MOTO X
☐ VIA ☐ CALÇADA	☐ Queda de moto
	☐ Atropelamento
	☐ Queda de Bicicleta
	☐ Piloto
	☐ Com capacete
	☐ Sem capacete
	☐ Garupa

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA
☐ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☒ AVON
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Taquicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Arritmico	☐ Midriase
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Anisocoria ☐ D ☐ E
☐ Edema de Glote	☐ Roncos	☐ Ausente	☐ Aparentemente Intoxicado
☐ Outro:	☐ Sibilos	☐ Cianose central	☐ DNV
	☐ Respiração paradoxal	☐ Cianose de extremidade	

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	15	110 x 70	98	20	100	-	-	-
Fim	22	110 x 70	91	19	99	-	08	-

Pele	Cabeça	Faca	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Palida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Tamponamento	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Luxação	☐ Enfisema subcutâneo	☐ Ferida Aspirativa	☐ Doloroso
☐ Seca	☐ Fer. penetrante	☐ Mandíbula		☐ Empalamento	☐ Evisceração
☐ Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☒ Escoriações MED	
☐ Dor	☐ Dor	☐ Luxações	☐ Luxações	
☐ Instabilidade	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	
		☒ Fratura MSE	☐ Fratura	
		☐ Amputação	☐ Amputação	

CARÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	ABDOMEN	MEMBROS SUP.	MEMBROS INF.	TOTAL %

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Respiratória	Digestiva	Diabetes	Alergias
☒ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assístolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica	☐ HAS	
☐ Filiter		☐ Metabólica	☐ Pediátrica		
		☐ Cardiovascular	☐ Outra		
		☐ Aborto		☐ Medicação de uso	

☐ ILESO☐ PEQUENA☐ MÉDIA☐ SEVERA☐ LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLAS MENSAGENS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 11 / 10 / 19

OBSERVAÇÕES

- ☐ Cancelamento
- ☐ Recusa de Atendimento
- ☐ Não se encontrava no local
- ☐ Recusa de hospitalização
- ☐ Trote
- ☐ Bombeiro no local:

- ☐ Polícia Militar
- ☐ Guarda Municipal
- ☐ SMTRAN
- ☐ Bombeiro
- ☐ Outros:

- ☐ Iniciada as:
- ☐ RCP com sucesso
- ☐ RCP sem sucesso
- ☐ Obs.:
- ☐ Término as:

☐ Atendido no local

1. Bel. Gomes e Silva - RSCS

1. H. Dos. Clínicos/BB - HCB

TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Descrição: _____

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

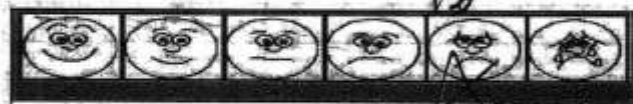
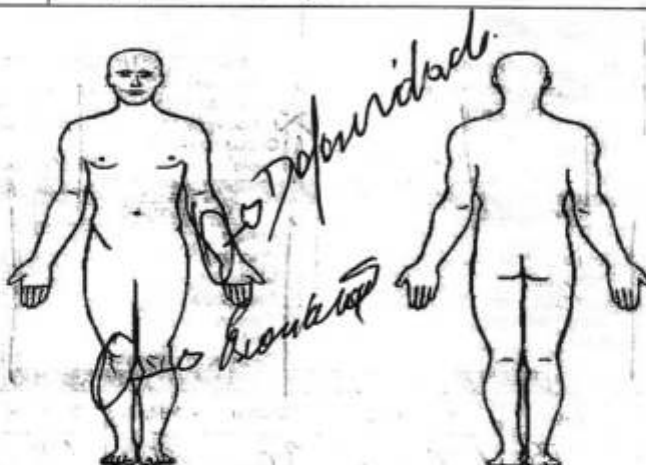
[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2- Stedberg 10cm -

3- Pare de fur

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	5 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

vitória, exceto no interior de sua boca. Quando o mesmo foi atingido por uma multa de 200 mil do local onde que, posteriormente, foi deambulando e conversando. Apresenta dependência em Ambrosio Esquerda com quebra de peso iniciada em 12/12/2014, sobe, vomita, baba e pode permanecer e em queima de primeiro trimestre de vida. Após intervenção, encaminhado ao BT, com boa evolução.

Willames R. Silva
Téc. Enfermagem - PH
CPF: 150.240

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 11/10/19
Stephanie
Rubricada

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANIZIA SERVINO GALVAO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000027683-0

Autenticação:

FB69C5A79599B1F4AC7BDD3290907DB4D7FF36F20B987AEA13BEC6AA5687BFF1

Matrícula: **303135**

Agosto/2019

Dados do Cliente: ROSANGELA CONCEIÇÃO		Endereço para entrega: RUA WALTER FORTE CASTELO BRANCO, 422 - D R SILVIO LEITE BOA VISTA RR 69314-328																																											
Inscrição 001.019.136.0046.000	Rota 7	Seq.Rota 2552	Quantidade de Economias RESIDENCIAL																																										
Hidrômetro Y125598426	Data de instalação 18/02/2013	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL																																										
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)																																										
LEITURA FAT. 1969		1990	21																																										
LEITURA INF.			30																																										
DT. LEITURA 22/07/2019 21/08/2019																																													
ULTIMOS CONSUMOS																																													
201907	18-0																																												
201906	21-0																																												
201905	28-0																																												
201904	24-0																																												
201903	24-0																																												
201902	21-0																																												
MEDIA	22																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</th> </tr> <tr> <th colspan="6">DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.</th> </tr> <tr> <th>AMOSTRAS</th> <th>CLORO</th> <th>TURBIDEZ</th> <th>COR</th> <th>C.TOTALIS</th> <th>E.COLI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENGLD-0</td> <td>100</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>POND. LIGAND</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>CONSUMID</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>				Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor						Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição						DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.						AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI	ENGLD-0	100	180	180	180	180	POND. LIGAND	200	200	200	200	200	CONSUMID	200	200	200	200	200
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor																																													
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição																																													
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.																																													
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI																																								
ENGLD-0	100	180	180	180	180																																								
POND. LIGAND	200	200	200	200	200																																								
CONSUMID	200	200	200	200	200																																								
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																																										
AGUA																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																													
CONSUMO DE AGUA		21 M3	63,90																																										
JUROS DE MORA 05/2019			0,89																																										
VENCIMENTO: 15/09/2019		TOTAL A PAGAR 64,79																																											

IMPRESSO EM: 21/08/2019 07:25:09

Via do Cliente



Via da CAER

Matrícula: **303135**

Agosto/2019

Dados do Cliente: ROSANGELA CONCEIÇÃO		Endereço para entrega: RUA WALTER FORTI CASTELO BRANCO, 422 - D R SILVIO LEITE BOA VISTA RR 69314-328																																											
Inscrição 001.019.136.0046.000	Rota 7	Seq.Rota 2552	Quantidade de Economias RESIDENCIAL																																										
Hidrometro Y125598426	Data de instalação 18/02/2013	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL																																										
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)																																										
LEITURA FAT. 1969		1990	21																																										
LEITURA INF.			30																																										
DT. LEITURA 22/07/2019 21/08/2019																																													
ULTIMOS CONSUMOS																																													
201907	18-0																																												
201906	21-0																																												
201905	28-0																																												
201904	24-0																																												
201903	24-0																																												
201902	21-0																																												
MEDIA	22																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th> </tr> <tr> <th colspan="6">Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição</th> </tr> <tr> <th colspan="6">DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.</th> </tr> <tr> <th>AMOSTRAS</th> <th>CLORO</th> <th>TURBIDEZ</th> <th>COR</th> <th>C.TOTALIS</th> <th>E.COLI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENGLD-0</td> <td>100</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>POND. LIGAND</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>CONSUMID</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> <td>200</td> </tr> </tbody> </table>				Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor						Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição						DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.						AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI	ENGLD-0	100	180	180	180	180	POND. LIGAND	200	200	200	200	200	CONSUMID	200	200	200	200	200
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor																																													
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição																																													
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M.																																													
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI																																								
ENGLD-0	100	180	180	180	180																																								
POND. LIGAND	200	200	200	200	200																																								
CONSUMID	200	200	200	200	200																																								
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)																																										
AGUA																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																													
CONSUMO DE AGUA		21 M3	63,90																																										
JUROS DE MORA 05/2019			0,89																																										
VENCIMENTO: 15/09/2019		TOTAL A PAGAR 64,79																																											

IMPRESSO EM: 21/08/2019 07:25:09

Via do Cliente



Via da CAER

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

Visto por

29/12/17

1700886585	28/12/2017 15:44:40	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NHE-HGR	DIURNO 07-19	29
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
VALDENIR GALVAO COSTA	01/09/2004		13 A 3 M 27 D	801434321372882			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
				M	SOLTEIRO (APARDA)	BOA VISTA - RR	Nacionalidade
Mãe	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
IVANIZIA SERVINO GALVAO							
Endereço	RUA - S-34 - 132 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
OUTROS	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		WESLIEN.ROCHA				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

PALENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE IMOBILIZADO POR MOTOCICLETA
INTENSA EM INTERIORES. PALENTE.

Exame Físico

ESCORIAÇÕES + ABAURAMENTO EM MSE.

Hipótese Diagnóstica

Politraumático.

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

DIETINOMINA 1g (V)
021 TILADIL 20 (V)
031 CEFALOSINA 1g (V)

Fecho 16:00
Emília J. N. Machado
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 001 095 P-1

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: INTENSIVIDADE

☐ Ambulatório
☒ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: weslien.rocha
Data Hora: 28/12/2017 15:46:56

© 2011
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PAAR - ANEXOS AO TUBO
RUA 132 - 1301



1700886585

Antepedra / Alberto / 16:20h.

paciente com trauma em ant-braço

E.

nt = fratura do rádio

co: Imobilização

Interno

Dr. Ernan Bruno Rodrigues Coelho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1732

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO		262359	
5 - NOME DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO		01/09/04	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO		M	
8 0 1 4 3 4 3 2 1 3 7 2 8 8 2				11 - TELEFONE DE CONTATO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		R. 534, 132, Semeador Helio Campos	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Boa Vista				16 - CEP		12121	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Fratura do rádio							
18 - CONDIÇÕES DE PROBLEMAS DE SAÚDE							
uniquis							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Rx + E. F.							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
fr. rádio?							
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 TERCIÁRIO, 24 - CID 10 QUATRO							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO							
33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO							
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO							
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO							
36 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO							
37 - N° DO BILHETE							
38 - N° DO BILHETE							
39 - N° DO BILHETE							
40 - N° DO BILHETE							
41 - N° DO BILHETE							
42 - N° DO BILHETE							
43 - N° DO BILHETE							
44 - N° DO BILHETE							
45 - N° DO BILHETE							
46 - N° DO BILHETE							
47 - N° DO BILHETE							
48 - N° DO BILHETE							
49 - N° DO BILHETE							
50 - N° DO BILHETE							
51 - N° DO BILHETE							
52 - N° DO BILHETE							
53 - N° DO BILHETE							
54 - N° DO BILHETE							
55 - N° DO BILHETE							
56 - N° DO BILHETE							
57 - N° DO BILHETE							
58 - N° DO BILHETE							
59 - N° DO BILHETE							
60 - N° DO BILHETE							
61 - N° DO BILHETE							
62 - N° DO BILHETE							
63 - N° DO BILHETE							
64 - N° DO BILHETE							
65 - N° DO BILHETE							
66 - N° DO BILHETE							
67 - N° DO BILHETE							
68 - N° DO BILHETE							
69 - N° DO BILHETE							
70 - N° DO BILHETE							
71 - N° DO BILHETE							
72 - N° DO BILHETE							
73 - N° DO BILHETE							
74 - N° DO BILHETE							
75 - N° DO BILHETE							
76 - N° DO BILHETE							
77 - N° DO BILHETE							
78 - N° DO BILHETE							
79 - N° DO BILHETE							
80 - N° DO BILHETE							
81 - N° DO BILHETE							
82 - N° DO BILHETE							
83 - N° DO BILHETE							
84 - N° DO BILHETE							
85 - N° DO BILHETE							
86 - N° DO BILHETE							
87 - N° DO BILHETE							
88 - N° DO BILHETE							
89 - N° DO BILHETE							
90 - N° DO BILHETE							
91 - N° DO BILHETE							
92 - N° DO BILHETE							
93 - N° DO BILHETE							
94 - N° DO BILHETE							
95 - N° DO BILHETE							
96 - N° DO BILHETE							
97 - N° DO BILHETE							
98 - N° DO BILHETE							
99 - N° DO BILHETE							
100 - N° DO BILHETE							



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	VALDENIR GALVÃO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	29/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSP
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				16 04
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				10 16 22 04
6	TRAMAL 100mg VO 20gts 8/8h SN				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 6/6 H				Motina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				realizar
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

12:30h
fet. de P. e Galvão o / cirurgia
afundado P/ 10/01/18
auto (mãe)
recife

Dr. Jefferson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1739

Dr. Leonardo Rebelo
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1739

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	127/70	89	16	35.8
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

BRUCUD Alta 12.01.18

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: U.G.R.

2 - CNES: 162359

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: Valdenir Galvão Costa

4 - CNES: 162359

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Valdenir Galvão

6 - DATA DE NASCIMENTO: 01/09/2004

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 8198101039810374647

8 - SEXO: M

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Ivanizia Sereno Galvão

10 - TELEFONE DE CONTATO: 915 9191137422

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua S-34 132 Senador Helio Campos

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 21210620

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - UF: RJ

15 - CEP: 21210620

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pat. Pulcras (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx + EF

20 - CID 10 PRINCIPAL: Pat. Pulcras (E)

21 - CID 10 SECUNDÁRIO:

22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Pat. Pulcras (E)

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

25 - CLÍNICA:

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

27 - DOCUMENTO: () CNS () OFF

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/1/18

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Rogério Medeiros de Paula

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Rogério Medeiros de Paula

32 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1205

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO:

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO:

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - CNPJ EMPRESA:

38 - CNPJ DA EMPRESA:

39 - SÉRIE:

40 - CNPJ DA EMPRESA:

41 - CSOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Dawson Ferreira

44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1205

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/1/18

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Dawson Ferreira

47 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1205

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 5524

49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: CRM/RJ-1205



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/01/18

O.S. _____

Valmir
Belício

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

Dr. Dalsor Feitosa

RELATÓRIO CIRURGICO

- ① PT em DDT 10º Plano Anterior
- ② Anestesia Intermédia
- ③ Incisão 10 cm, direção,
flexão interna e placa de
arquivo Bloquist, 06 parafusos,
buzina + Guttera, e PA



HISTÓRIA DE ANESTESIA

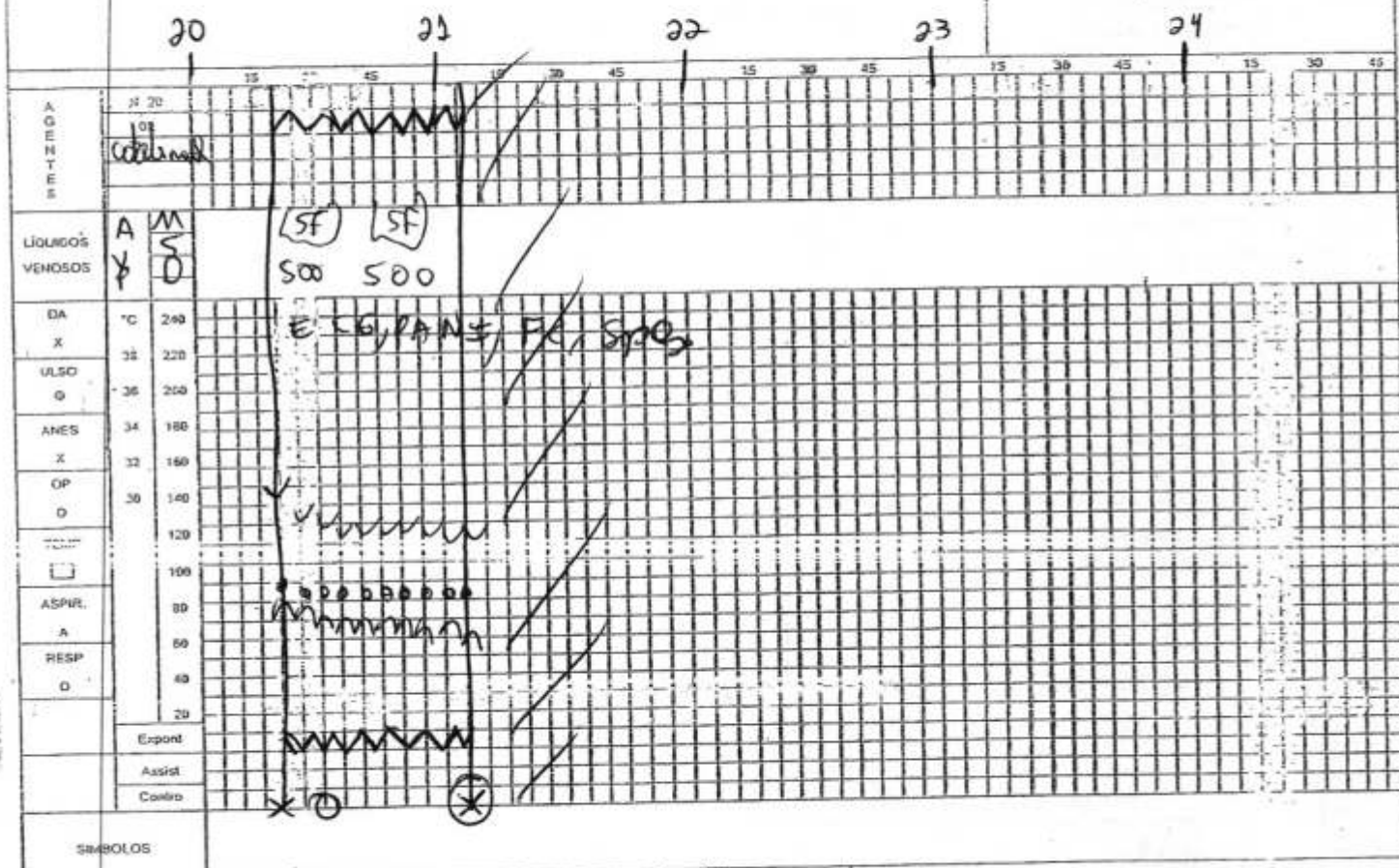
Valdeir Galvão Costa

Id: 13 Ans

Página

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

10/03/18



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Propofol 150mg	Blowby de Mão Boa	1) Chequibit OK + monitorização
B	Valproato 150mg	Quil E, via naso-	2) O2 100% 2L/min
C		laricel, quisto	3) Anest. e cinépsia de região
D		por USG	musculatura E / glând. e /
E		utilização sistema	colocação de campos estereis, eletrodo
F			de estímulos e flexo braquial, que
G			é negativo, para anest. e /
GLICOSE	LIQUIDOS	Cácula - Hese / Om Feringer	do resto do plano de anest. e /
HDCC		Naso / Oroscop - Cegi	na - / uso 50mg e Lidocaine 150mg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	4) Propofol 30 + 30 mg
	SFO, 5% 1000ml	Sob Músculo	Laricel - Espasmo - Espasmo Seiz
		Dificuldade Técnica	200mg Propofol - 100mg
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	"Bucking" - Vênito
OPERAÇÃO	TTO Anest. de Endoscopia de Antebraço E		Hemorragia - Antemia
ANESTESIA	Dr. Enes	Dr. Rogério	Brad Taglicardi - Choque
	Dr. Danilo	Dr. Nelson	

Enes Enes
UNB 90



5) Gofolone 2g
X Encailhado o SAPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	13 anos	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
------------------	---------	--------------	------------------	------

Goldemir Galvão Costa	CIRURGIA	10 / 01 / 18
-----------------------	----------	--------------

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Osteomíntese de Antebraço (E)	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	20:30 20:57

CIRURGIÃO	WALSON	ANESTESISTA:	Endes
1º AUXILIAR	Regênio	RES. ANESTESIA:	Danielle
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Orizio
		CIRCULANTE	Ana Cláudia, Samuel, Jhonata

TIPO DE ANESTESIA:	Sedação EV + Bloq. Simples	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------	----------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		2	FIO MONONYLON Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	por		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CRISTALINO equipo macrogts	
1	SERINGA 05 ML		1	CRISTALINO cateter 02	
1	SERINGA 10ML		5	CRISTALINO eletrodos	
1	SERINGA 20ML		10	CRISTALINO gono dex	
2	citoderm de crepom		07	CRISTALINO max dex	

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

NOME: Valdenir Polônio Costa

TEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DAOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 10/01/18

Idade: 13

Chegada: 19:42

Intervenção: Amiotomia da

Cirurgia Proposta:

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala Início da Anestesia Término Cirurgia Saída S.O.

20:05 20:30 20:20 20:51

Cirurgia Realizada Anestesia Posicionamento

Amiotomia da Amiotomia da

Hidratação Infundida Antibiótico- Terapias Hemoderivados

SG a 0,9% Nome: CH: Plasma: Plaquetas:

Outros: N° de compressas oferecidas: Anátomo Patr. vlcio:

N° de compressas recolhidas: Sinais Vitais:

T: 36,0 °C P: 120 bpm N° peças: 1

SAT: 100 % R: 120 rpm () Cultura

() Regular () Irregular PA: 120/80 mmHg () Outros: 1

Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Raio X

() Outros:

Sinais Vitais: P: 118 bpm

A: 99 mmHg

FC: 101 bpm

PA: 120/80 mmHg

Temperatura: 36,0 °C

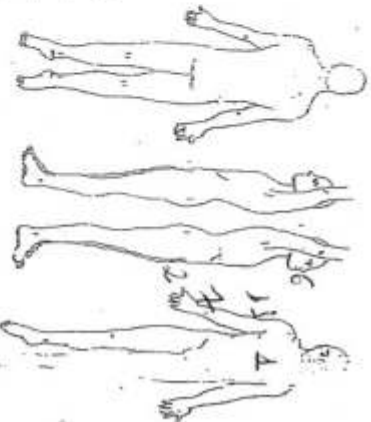
Saturação: 100 %

Diagnóstico: Amiotomia da

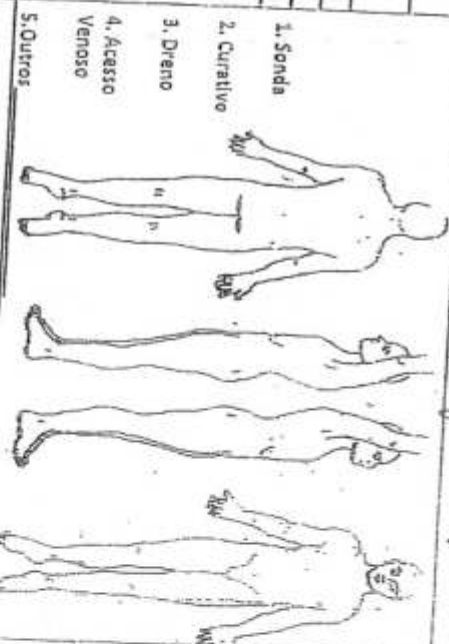
Intervenção: Amiotomia da

Medicação: 100 mg

Atividade: 100 mg



Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA	Sinais Vitais				
			1º	2º	3º	4º	5º
Sedação EV + Rgguio Supraclavicular	Localização		118	93	120	100	36,0
			118	93	120	100	36,0
			118	93	120	100	36,0
			118	93	120	100	36,0
			118	93	120	100	36,0



Balanco Hídrico

Entradas

EV

HV

CH

SNG

Dreno

Diurico

SNG

SNG

SNG

SNG

SNG

Saídas

EV

HV

CH

SNG

Dreno

Diurico

SNG

SNG

SNG

SNG

SNG

SNG



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA NEURO CIRURGIA

Tipo Cirurgia:

Osteomíntese de antebraço (E)

Data: 10/01/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Golden Galvão Costa

Idade: _____

Bloco: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Caixa: Cx Reg. Fragmentos (Bloqueados)

Nº 01

Circulante: Ana Cláudia, Jhonata, Samuel

Sala 01

Conferencia Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Parafuso bloqueado N° 18 - 4

h cortical N° 18 - 4

Placa bloqueado 6 furos!

Médico Responsável

Dr. Ealson Freitas
Ortopedista - Traumatologia
CRM 07.172

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Valquir Costa</i>					
DIAGNÓSTICO <i>frat. fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS			<i>01:00</i>	
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIÁRIO				
9	<i>Keflin 0,5g @ 6/6</i>				
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1- SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Às 22:00h. Paciente retornou do CC. Realizou osteossíntese de fratura de antebraço E. No momento sem queixas.

Mark...
 Enfermeiro
 COF: 22.040-RTT

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	108x70	88	18	36°C		
12 H						
18 H						
24 H	106x63	92	18	36,9°C		

00 as 07:00 realizado medicações KPM. sendo SSVV. sem queixas, se que...
 cuidados do enfermeiro...

Rosmeia Pereira de França
 Técnica de Enfermagem
 MOPEN-RR 624-685-TEC

1 2024-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	10/01/2018	DN 01/09/2004
PACIENTE VALDEMIR GAVÃO COSTA			
AGNÓSTICO FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO			
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2
IDADE	13 ANOS	LEITO	404-3
DATA	11/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5:00
2	SF0,9% 500ML EV 24/24h		5:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA		SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA		10:00
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		5:00
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN		5:00
8	TRAMADOL 100MG VO. 20 GOTAS. 8/8 HORA SE DOR INTENSA		5:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		5:00
10	SSVV + CCGG 6/6 H		5:00
11	CURATIVO DIÁRIO		5:00
13	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS		5:00
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TAX
6 H	125x75	98	16	36,5%
12 H	135/80	106	20	36,3
18 H	100/76	100	18	37,0
24 H	129x62	103	16	36,5%

Dr MARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13 as 394, m
leito. Adm m
dilatação e Aferi
Sinais V
Gilda Aparecida de Oliveira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 781366-TE

11/01/18 > administrado medicação, aferido sinais vitais
07 as 13


CRM 1918



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE VALDENIR GALVÃO COSTA, 13 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 09/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE OSTEOSSINTESE Fratura de Osso metacarpo 5

NO DIA 10/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE fratura de osso do metacarpo primeiro SENDO

OPERADO PELO DR. DANSON E DR. Roberto Dias

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/01/18, ÀS 12:00 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/01/18, ÀS 8:00 horas, COM O
DR. DANSON DENIS

FO. limpa, seca, sem SINAIS FLOGÍSTICOS

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR E ORIENTAÇÃO DO DR. DANSON

BOA VISTA, 19 / 01 / 18

Dr. Marcelo Marques
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RR
MÉDICO



WALDENIR G. COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

28/12/2017 17:01:32

58.0 %



E

11/1/2018 06 25:17

62,9 %

, VALDEMIR GALVAO COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.



E

11/1/2018 08 25:17

63,1 %

BLOC. D 404-03

E



VALDENIR GALVAO COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.

28/12/2017 16:15:19

53.7 %

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **085.965.132-05**

Nome: **VALDENIR GALVAO COSTA**

Data de Nascimento: **01/09/2004**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/09/2019**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:27:44** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4C1C.5ADC.9EF1.5DE9**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALDENIR GALVÃO COSTA

MATRÍCULA

096758 01 55 2004 7 00012 050 0002250 19

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

DIA

01

MÊS

09

ANO

2004

HORA

17:28

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nra. Je Nazareth

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GILBERTO COSTA e IVANIZIA SERVINO GALVÃO.

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO LAURINDO COSTA e MARIA DAS GRANÇAS COSTA ; MATERNOS: JACY GALVÃO e CECI SERVINO

GÊMEO(S)

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TRÊS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

20624696

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão tem elementos de averbação à margem de seu termo de acordo com proc nº 0010.10.008584-3, sentença judicial e mandado ambos proferidos em 07/06/2010, pela Exma. Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias - Juíza da Vara da Justiça Itinerante - RR, 2ª Via.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deudete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deudete Coelho Filho**

Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000 Fone: 95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 14 de julho de 2010



Indira Socorro Pinho Oliveira
Escrevente Autorizada

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Ivanizia Servino Galvão
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 86862 DATA DE EXPEDIÇÃO: 14/02/2008

NOME: IVANIZIA SERVINO GALVÃO

FILIAÇÃO:
JACY GALVÃO
CECI SERVINO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO: 15/01/1970

DOO ORDEM:
CERTO NASC 6.130 FLS 160 LIV A-5
BOA VISTA - RR
323.077.992-49
2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIC

LEIN 7.116 DE 29/08/83

P-1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371408/19

555694

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

CPF: 085.965.132-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: VALDENIR GALVAO
COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANIZIA SERVINO GALVAO : 323.077.992-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VALDENIR GALVAO COSTA : 085.965.132-05

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: 24/10/2019
Nome: IVANIZIA SERVINO GALVAO
CPF: 323.077.992-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

IVANIZIA SERVINO GALVAO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190601749 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA.P.02/03/0506

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.14/15/16

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371408/19

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

CPF: 085.965.132-05

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2017

Titular do CPF: VALDENIR GALVAO COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IVANIZIA SERVINO GALVAO : 323.077.992-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VALDENIR GALVAO COSTA : 085.965.132-05

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: 24/10/2019
Nome: IVANIZIA SERVINO GALVAO
CPF: 323.077.992-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

IVANIZIA SERVINO GALVAO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601749

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANIZIA SERVINO GALVAO

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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190601749

Vítima: VALDENIR GALVAO COSTA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANIZIA SERVINO GALVAO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **IVANIZIA SERVINO GALVAO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000008526**

Conta: **0000027683-0**

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: 4 - Nome completo da vítima:

085 965 132 05 VANDENIR GALVÃO COSTA

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:

☐ 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: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (vai nascer)? ☐ 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, BOA VISTA, 17/10/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

085 965 132 05 VANDENIR GALVÃO COSTA

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:

☐ 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: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (vai nascer)? ☐ 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, BOA VISTA, 17/10/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035361/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 08:03

Data/Hora Fim: 15/10/2019 08:18

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/12/2017 15:06

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA S25 C/ N21

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVANIZIA SERVINO GALVÃO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Ceci Servino

Nome do Pai: Jacy Galvão

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 86862

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WALTER FORTE CASTELO BRANCO

Bairro: DOUTOR SILVIO LEITE

Telefone: (95) 99156-0660 (Celular)

Nº: 422

Nome Civil: VALDENIR GALVÃO COSTA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 01/09/2004

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ivanizia Servino Galvão

Nome do Pai: Gilberto Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: WOLTER FORTE CASTELO BRANCO

Bairro: SILVIO LEITE

Nº: 422

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Comunicante informa que a vítima trafegava de bicicleta na rua acima citada quando foi atingido por uma motocicleta, com a queda a vítima teve seu braço esquerdo quebrado. Que não tem maiores detalhes do infrator, é o relato.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035361/2019

ASSINATURAS

DAT
2019
Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

Ivanizia Servino Galvão
Ivanizia Servino Galvão
(Comunicante)

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA ESPECIALIZADA - DPE

DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT

"Amazônia: Patrimônio dos brasileiros"



**DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR DO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 035361/2019/DAT**

O Sr.º

NOME: **IVANIZIA SERVINO GALVÃO**

RG: **86862**

SEXO: **FEMININO**

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE: **99156-0660**

ENDEREÇO: **RUA - WALTER FORTE CASTELO BRANCO, 422**

BAIRRO: **DR. SILVIO LEITE**

A comunicante compareceu nesta especializa, para acrescentar/corriger no Boletim de Ocorrência supracitado Data e Hora exata do Acidente.

➤ **HORA: 15h06mins;**

➤ **DIA 28/12/2017;**

Agente Carcerário de Polícia Civil
Givanildo da Silva Vieira
Matrícula: 042000855

Boa Vista - RR, 21 de Outubro de 2019.

IVANIZIA SERVINO GALVÃO
Comunicante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

VALDENIR GALVÃO COSTA

MATRÍCULA

096758 01 55 2004 7 00012 050 0002250 19

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

DIA

01

MÊS

09

ANO

2004

HORA

17:28

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista - RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DE FEDERAÇÃO

Boa Vista / RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil Nsra. Je Nazareth

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

GILBERTO COSTA e IVANIZIA SERVINO GALVÃO.

AVÓS

PATERNOS: FRANCISCO LAURINDO COSTA e MARIA DAS GRANÇAS COSTA ; MATERNOS: JACY GALVÃO e CECI SERVINO

GÊMEO(S)

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TRÊS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUATRO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

20624696

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

A presente certidão tem elementos de averbação à margem de seu termo de acordo com proc nº 0010.10.008584-3, sentença judicial e mandado ambos proferidos em 07/06/2010, pela Exma. Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias - Juíza da Vara da Justiça Itinerante - RR, 2ª Via.

Nome do Ofício:

Tabelionato Deusdete Coelho - 1º Ofício

Oficial Registrador: **Deusdete Coelho Filho**

Município: **Boa Vista / RR**

End.: **Av. Ville Roy, 5623-E**

Cep: **69301-000 Fone: 95-36243050**

email: **tabdeus1@hotmail.com**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Boa Vista / RR 14 de julho de 2010



Julia Socorro Pinho Oliveira
Correvente Autorizada