

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:
2679317020200331172905

Processo 0800227-57.2020.8.23.0060 ☆ - (17 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	31/03/2020 17:29:05	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2708312CONTESTACAO01.pdf Público 6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2708312CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
5	13/03/2020 18:23:46	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	13/03/2020 18:23:46	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	13/03/2020 18:23:46	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR	SISTEMA CNJ
		Registro de Distribuição	
2	13/03/2020 18:23:46	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA	SISTEMA CNJ
		Vara Cível Única de São Luiz do Anauá	
[+] 1	13/03/2020 18:23:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO LUIZ DO ANAUA/RR

Processo: 08002275720208230060

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 **ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO** representado por **ROSEMBERG FURTADO NEVES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

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 **28/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/10/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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 22/10/2019 após 3 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 28/07/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, foi possível verificar a seguinte gradação:

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)

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 Cidade: São João da Baliza Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS Data do acidente: 28/07/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
 FURTADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
 Documentos complementares:
 Observações: PÁG 8/9_CIRÚRGIA

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 inferiores	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.

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\$ 2.362,50 (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.

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.

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).

Ademais, como o caso versa sobre interesse de incapaz, requer a intimação do Ministério Público para fins de atender ao disposto nos artigos 178, II c/c 279 do CPC, para acompanhar o feito

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.

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,

SAO LUIZ DO ANAUA, 20 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 **ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **SAO LUIZ DO ANAUA**, nos autos do Processo nº 08002275720208230060.

Rio de Janeiro, 20 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



Para contato
contato informe
este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	301	240,77

ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS

R. SÃO DOMINGOS CENTRO

CPF: 00087744902220

CEP: 69.375-000 - SÃO JOÃO DA BALIZA

ROT: 413.055.13.03.129000

DADOS DA LEITURA		kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA	
Atual:		28927		Atual:	25/10/2019
Anterior:		28626		Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	24/11/2019
Consumo Medido:		301		Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:		301	FCAM	Apresentação:	25/10/2019
		NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	900910451		1.1.1.2 318

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	301 A R\$ 0,764602 = 230,14
SET/19	365	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	2,11
AGO/19	172	MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,65
JUL/19	298	JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,87
JUN/19	280		
MAI/19	283		
ABR/19	405		
MAR/19	189		
FEV/19	277		
JAN/19	334		
DEZ/18	293		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
B A 301 - 0,634620			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão bem a inclusão do nome do consumidor na SCPEA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e a reavaliada(s) no valor de R\$ 206,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D674.FE10.C7A1.C465.4118.366E.FD.FE.A728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	59,13	Base de Cálculo:	230,14
Energia:	125,38	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	39,12
Encargos:	6,51	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	39,12	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00	
							08/2019 0,00

ROT: 413.055.13.03.129000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO

0510314-2

TOTAL A PAGAR - R\$

240,77

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

11/11/2019

Nº da Nota Fiscal:

003907946 FCAM

83610000002 2 40700050000 0 00000000510 8 314210190008 3



SEQ.: 00121 UC: 0510314-2 DT.LEIT.: 25/10/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 28927 NORMAL TOTAL: 240,77 CARGA: 001

DT.VENC.: 11/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3042

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal

003301566

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	37543			Atual:	23/07/2019
Anterior:	37276			Anterior:	21/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	23/08/2019
Consumo Medido:	267			Emissão:	22/07/2019
Consumo Faturado:	267		FCAN	Apresentação:	23/07/2019
NORMAL					

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	126006955 H-24-1802		1-1-1-2	738

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 147	CONSUMO 267 A R\$ 0,8402 = 204,14
MAI/19 212	CORREÇÃO MONETARIA DA 05/19-00 0,04
ABR/19 239	CORREÇÃO MONETARIA IG 05/19-00 0,88
MAR/19 182	MULTA POR ATRASO DE J 05/19-00 1,56
FEV/19 170	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,29
JAN/19 294	MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,27
DEZ/18 210	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 1,85
NOV/18 280	ILUMINACAO PUBLICA 25,53
OUT/18 292	
SET/18 229	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
U A 267 - 0,634626	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
06/2019	148,63
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGAMENTO EM 16/07/2019	

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,45	Base de Cálculo:	204,14
Energia:	111,22	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,70
Encargos:	5,77	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,70	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
6,55			13,00			1,13	

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA	SEU CÓDIGO 0070349-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 237,56
	MÊS FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 06/08/2019
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3	Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN	

83620000002 1 375600/5000 0 000000000/0 3 34940/19008 2



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves inscrito (a) no CPF/CNPJ 825396343/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosenberg Eustáquio Nunes inscrito (a) no CPF sob o Nº 716625652/20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Arthur Romaldo B. Eustáquio, inscrito (a) no CPF sob o Nº 0330854758, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>R. CC. 11</u>		Número <u>294</u>	Complemento
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado	CEP <u>69.031050</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99113 3855</u>

Boa Vista, 17 de dezembro de 19
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DATA DO NASCIMENTO: 22.07.2002
RG: 4.369.548 UF: RR
CPF: _____
SUS: _____

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
28	07	19	1915	

1 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arthur Ronaldo dos Santos Furtado Idade: 17 anos
Rua/Avenida: AV: São J/ São Domingos Nº: 371 Complemento:
Bairro: Centro Município: Baliza Estado: RR Telefone:
Filiação: Pai: Raimundo Furtado Neres Mãe: Alexsandro Dias dos Santos

2 DO ACIDENTE

☐ RESIDENCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO ☐ TRANSITO ☐ OUTROS

3 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA

☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULANCIA ☐ REMOVIDO

4 TIPO DE ACIDENTE

☐ TRAUMÁTICO ☐ QUEIMADURA ☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRIC ☐ OUTROS/DESCREVER

5 SE ACIDENTE DO TRABALHO: ESPECIFICAR

PROFISSÃO

DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES
28	07	19	1930	

6 DOENÇA OCUPACIONAL

☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUAL (ESPECIFICAR)

7 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE: Cirurgião

RESUMO CLÍNICO: Sofreu queda por colisão acidental entre um carro e uma árvore, com lesão na cabeça e no pescoço.

EXAME FÍSICO: Somente em membros inferiores, com lesão na coxa direita, ferimento profundo, com perda de sangue.

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: Exames de sangue, urina e radiografia de coxa direita.

RESULTADOS DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Hemorragias por queda acidental de auto.

DEFINITIVO:

8 DESTINO DO PACIENTE

REMOVIDO PARA: Hospital.

INTERNAÇÃO Nº:

☐ ALTA ☐ RESIDENCIA COM ORIENTAÇÃO ☐ SE AFASTADO DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

DATA: 28.07.18 RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Entreguei receita de 1 remédio.

Dr. Luis C. Torres
CUNDO
CPF 000-000-000

RESULTADO DOS EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOLOGIA

Paulo Sérgio de Sá
Diretor da Unidade Mista
de São João da Baliza RR
Dec. PMS nº 101/2010

CONFERE COM O ORIGINAL

84.013.408/0001-98

UNIDADE MISTA DE S. J. DA BALIZA

BR 210 S/N - CENTRO

CEP 69.375-000

SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

ANAMNESE DO PACIENTE:

93 Saturação %

FC 11 Bpm

PA: 120 x 80

TEMPERATURA: °C

PESO: Kg

DESTRO: mg/dl

ALERGIA? Sim (X) Não (X)

Descreva aqui:

INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA E ENFERMAGEM

DATA/HORA

28/07/19.
19:40

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- Acetato de vanilina por-
médio
- SFO 2% (100ml) Fe 19:40
- Trauma de (100ml)? (comp)
- (Pier) em 30 mg/ml
- Soro Plásmico e lactato
- 500 ml de Fe em 1 hora 19:40
- Amoxilina 1g Fe 19:40
- Imobilizar com gesso
- Sutura do ferimento
- na coxa direita
- Curativo e exco ração
- na perna esquerda
- Ne pto lev - 12/25/19 ciente

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

Dr. Luis C. Torres Barão
CLÍNICO
CRM 408 - RR

1ª Classificação/Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901141521

29/07/2019 03:03:39

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19-

8

Paciente
ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Tipo Doc Documento

Órgão Emissor Data Emissão

Data Nascimento
22/07/2002

Idade
17 A 0 M 7 D

CNS

CPF 07

Prontuário

Mãe
ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS

Endereço
RUA - - SN - - BOA VISTA - RR

Sexo
M

Estado Civil

Raça/Cor
PARDA

Naturalidade

Nacionalidade
BRASILEIRA

Contato

Ocupação

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento
ACIDENTE DE MOTO

Caráter do Atendimento
URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

Sector
GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Queixa Principal

Acidente de moto

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

Registrado por:
JACKSON.SADOVSKI

☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

se (HORA DA CONSULTA)

Acidente de moto - trauma de cabeça, pescoço, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores. Ex. fratura de fêmur, torção de tornozelo e dedo da mão esquerda.

Exame Físico

A - VAP. Sem color, sem ruído. P. FC 135, PA 130/80, RR 20, SpO2 95%.

Hipótese Diagnóstica

C. Pulso crânio sem som.

E. - Gêmeos MPD e MPE

SADT - Exames Complementares

☒ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Fratura de fêmur D

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

AUP
- D. P. 28 e 29
- T. 20 e 21

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para:

ortopedista

Dr. Arnaldo H. Páez
CRM: 15555 / RQE: 176
Ortopedia Geral

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Verbo.

Quadrado

Ates do 1º Atendimento?

☐ Sim

☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Resso por: Jackson.sadovski

a Hora: 29/07/2019 03:05:19

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0621

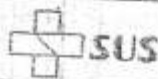
AUTENTICAÇÃO

13 DEZ 2019

Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução original
que foi apresentada.



1901141521



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Transf. 31.07.19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

NIR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Arthur Romero dos Santos Furtado

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

193782

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70691061134142108318

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/07/02

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Alexsandra Dias dos Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BU

14 - CDD, RGE E LUNFID

KK

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente encaminhado de ROTONDOS, Refere queixa com dor no abdômen há 01 dia com agravamento progressivo no abdômen. Paciente com trauma abdominal + fratura da tíbia da direita.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Processo em Unicidade

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História clínica, exame físico, RX

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura da tíbia (diáfise) da direita

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/07/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alder Soares
Ortopedista Traumatologia
CRM 162878

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD, RGE E LUNFID

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29/07/19

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

SA23

T068

V299

207-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

AGNOSTIC FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO.

ALERGIAS DIPIRONA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

29-07-19

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0,9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

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

13 SSVV + CCGG 6/6 H

14 CURATIVO DIÁRIO

15 CLEXANE 40mg SC 1x/dia.

16 PARACETAMOL 01g. ou 40GRS (VO) 6/6HS. S/N.

17 795797 com vesícula de Arterio

18 Ao Bloco.

19

20

21

Dr. Marcos Brummer
Médico
CRM-RR 1917

Dr. Jader Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

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, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 DEZ. 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Regulado
para leito

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Regulado
para leito

Regulação

21500

PA - 115 x 71

FC - 104

TX - 36.9

200 11.6

Paciente Jader
retire sondas vesical
por conta própria,
não conseguiu e a
mãe não conseguiu remover que retire



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

207-2

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 31/7/19
PACIENTE: Arthur Ronaldo dos Furtado
DIAGNOSTICO(S): trauma de femur direito
DN: 22702

DIF: 30710
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSORAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaqueta: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Clexone + Sertomolida

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Uso
Evolutivo

Boa Vista, 31 de julho de 2019. Hora: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

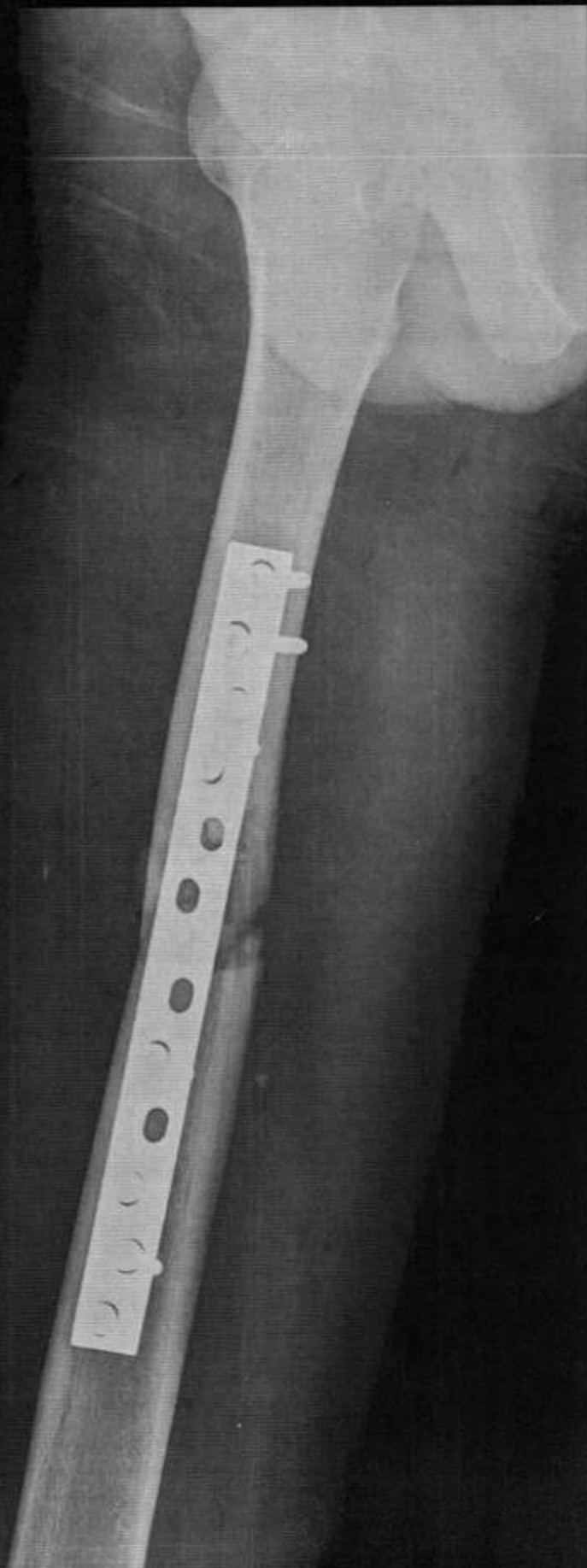
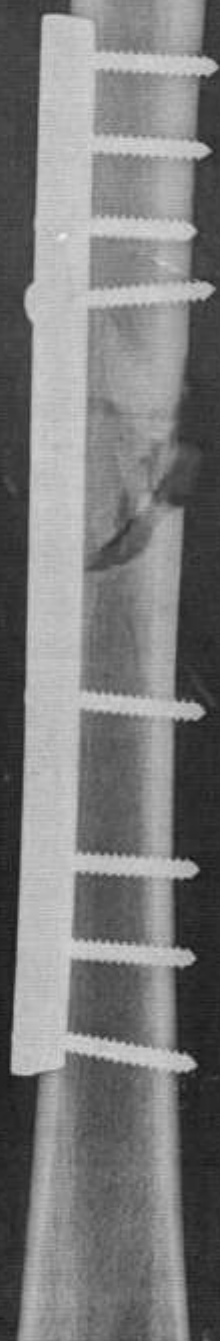
Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM: _____

CRM: _____

Dr. Augusto Chaves
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1064

D



15/08/2019

35,7 %

ARTHUR ROND SANTOS FURTADO 9156

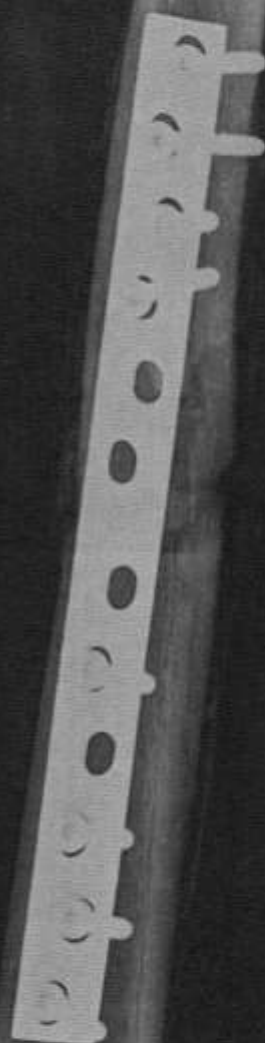
HOSPITAL CORONEL MOTA

15/08/2019

57,1 %

Fabiola Castro

D



ARTHUR R DOS SANTOS

10341

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

Laudo Médico

Arthur Ronald dos Santos Furtado, CPF 033.081.412-56, vítima de acidente automobilístico conforme ficha de atendimento 1901141521 de 29/07/2019 do P.S. Francisco Elisbeto, sendo constatada fratura de terço médio do fêmur direito. Foi realizado osteossintese com placa e parafusos. Após alta médica, permanecendo apresentando redução de força e de massa muscular do membro inferior direito em relação ao membro contralateral; limitação para esforços repetitivos com membro inferior direito, comprometendo suas atividades laborativas.

Conclusões: Sequela funcional permanente de membro inferior direito.

Boc. Visto, 30/01/2020


Dr. Francisco F. Farias
CRM: 365-RR



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

033.081.412-56

Nome

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Nascimento

22/07/2002

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
F9CC.2869.B068.4875

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

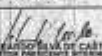
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às **16:53:16** do dia **10/09/2012** (hora e data de Brasília)

dígito verificador: **00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1090475679	NOME ROSEMBERG FURTADO NEVES	
		DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR 153898 - SSP - RJ
	CPF 719.625.652-20	DATA NASCIMENTO 19/07/1978
	FILIAÇÃO JOSE MOREIRA DAS NEVES ROSELIR DE MELO FURTADO NEVES	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 02775276045	VALIDADE 16/11/2020	1ª HABILITAÇÃO 02/02/2003
1090475679	OBSERVAÇÕES 	
	ASSINATURA DO PORTADOR 	
	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 16/11/2015
	LUIZ CONRADO SILVA DE CARVALHO DIRETOR DE LICENCIAMENTO ASSINATURA DO DIRETOR 	
	68962765763 RR208639152	
DEPT. TRAN. RR (RORAIMA)		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROSEMBERG FURTADO NEVES : 719.625.652-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO : 033.081.412-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 8/9_CIRÚRGIA

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 8/9_CIRÚRGIA

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015554 **Cidade:** São João da Baliza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO **Data do acidente:** 28/07/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Rosenberg Furtado Neres
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Func. Público RG: 153898
CPF: 719.625.652-20 ENDEREÇO: R. São Domingos
BAIRRO: Centro CIDADE: Bom Vista
CEP: 69.375-000

VITIMA: Arthur Ronald dos Santos Furtado
CPF: 033.081.412-56 DATA DO SINISTRO: 28/07/19
NATUREZA: Invalidez

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Conselheiro
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC-11, 294 - Lavoura Moreira

PODERES:

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

Bom Vista RR, 11 de Novembro de 2019.



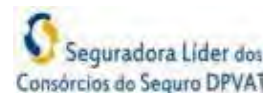
Rosenberg Furtado Neres

ASSINATURA

Obs - Reconhecimento por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ROSEMBERG FURTADO NEVES : 719.625.652-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO : 033.081.412-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

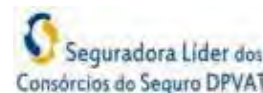
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013582/20

Número do Sinistro: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

CPF: 033.081.412-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2019

Titular do CPF: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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: 05/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSEMBERG FURTADO NEVES

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015554

Vítima: ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO

Data do Acidente: 28/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSEMBERG FURTADO NEVES

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

inferiores 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: **ROSEMBERG FURTADO NEVES**

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

Banco: **001**

Agência: **000003783-4**

Conta: **000008599-5**

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: 033.081.21256 4 - Nome completo da vítima: Arthur Ronaldo Santos Furtado

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

5 - Nome completo: Arthur Ronaldo Santos Furtado 6 - CPF: 033.081.41256
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. São Domingos 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro João Balgo 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69345-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 991133855

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: Rodembeg Furtado Neves
18 - CPF do Representante Legal: 75662565220 19 - Profissão do Representante Legal: Pedreiro

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: Brasil

AGÊNCIA: 37834 CONTA: 85995

(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 de dezembro 19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arthur Ronaldo Santos Furtado

Assinatura do Procurador (se houver) William Gomes Alves

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: 033.081.21256 4 - Nome completo da vítima: Arthur Ronaldo Santos Furtado

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

5 - Nome completo: Arthur Ronaldo Santos Furtado 6 - CPF: 033.081.41256
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. São Domingos 9 - Número: 514 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro João Balgo 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69345-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 991133855

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: Rodembeg Furtado Neves
18 - CPF do Representante Legal: 75662565220 19 - Profissão do Representante Legal: Pedreiro

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: Brasil

AGÊNCIA: 37834 CONTA: 85995

(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 de dezembro 19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arthur Ronaldo Santos Furtado

Assinatura do Procurador (se houver) William Gomes Alves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 900/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 22/10/2019	ATENDENTE: MARDETE BEZERRA. 420000618
HORA: 09h06min.	LOCAL, DATA E HORA: AV. PERIMETRAL NORTE S/Nº EM FRETE A PRAÇA DE ALIMENTAÇÃO; 28/07/2019; 18:54HS SÃO JOÃO DA BALIZA - RR

DADOS DA COMUNICANTE

NOME: LAERCIO AGUIAR ALVES
ENDEREÇO: AV.: SÃO LAZARO S/Nº; BAIRRO: UNIVERSO; SÃO JOÃO DA BALIZA

DADOS DA VITIMA

NOME: LAERCIO AGUIAR ALVES E ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO
END: AV.: SÃO LAZARO S/Nº; BAIRRO: UNIVERSO; SÃO JOÃO DA BALIZA
FILIAÇÃO: BERNADO FERREIRA ALVES E MARIA RAIMUNDA AGUIAR ALVES
GRAU DE INST: NIVEL MEDIO COMPLETO
COR/IDADE: PARDO / 33 ANOS
DATA DE NASCIMENTO: 03/06/1986
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
APELIDO:
PROFISSÃO: SERVIDOR PÚBLICO
FONE: 95 98409-9275
CNPJ:

DADOS DO ACUSADO

NOME:
END:
FILIAÇÃO:
GRAU DE INST:
COR/IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:
NATURALIDADE:
APELIDO:
PROFISSÃO:
FONE:
NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR
------------	----------	-----------------------------

BREVE RELATO DOS FATOS: O comunicante informa que trafegava no dia 28/07/2019 as 18:54hs, em sua motoneta HONDA/BIS 125 EX de cor preta PLACA NBA 7618 com seu sobrinho, ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO na garupa, na AV. PERIMETRAL NORTE S/Nº e parou em FRETE A PRAÇA DE ALIMENTAÇÃO, na esquina quando foi atropelado por uma motocicleta que vinha por traz deles, a qual atingiu enchei-o na perna do garupa ARTHUR RONALD DOS SANTOS FURTADO, com o impacto caíram no chão ao se levantar percebeu que ARTHUR tinha quebrado a perna direita tendo fatura exposta. É o breve relato.

LAERCIO AGUIAR ALVES
COMUNICANTE

MARDETE BEZERRA
ATENDENTE

OBS: Comunicante/vítima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às : hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar);
 ☐ Intimar comunicante;
 ☐ Aguardar audiência agendada;
 ☐ OM ao SO, relatório em ____ dias - APC ____;
 ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
 ☐ Outra(s) providência(s): ____;
 ☐ Elabore-se ____ art(s). ____

Delegado(a) de Polícia Civil

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA - RR, CEP: 69.375.000, FONE: (95) 3235-1691
E-mail: depolbaliza@hotmail.com

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

7 - Nº da inscrição no IML:

8 - CPF do titular:

033.081.21256

9 - Nome completo da vítima:

Arturino Romário Souto Furtado

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 445/2002

6 - Nome completo:

Arturino Romário Souto Furtado

6 - CPF:

033.081.41256

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

R. São Domingos

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro João Balga

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

PA

14 - CPF:

69345000

15 - E-mail:

26 - Tel (DDD):

933 3358 55

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:

Robson de Fátima

18 - CPF do Representante Legal:

71662365200

19 - Profissão do Representante Legal:

Desempregado

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEITO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANCA (fundada para os fins de poupança, não pode ser usada para saque)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (41)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Inserir o dígito de validação)

(Inserir o dígito de validação)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

37834

CONTA:

8599

5

(Inserir o dígito de validação)

(Inserir o dígito de validação)

Autorizo a Seguradora Líder a emitir no nome da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recomendação do Seguro DPVAT a quem tiver direito, ressaltando e dando desde já ciência de que após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.

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 da indenização de Invalidez Permanente do Seguro DPVAT (Lei nº 5.794/74), 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 amparo legal, a 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, recordando, desde já, que me submeto a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, a ser de livre avaliação, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE DANOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Caso 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 Vítimas:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítimas:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivês vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT em morte às pessoas beneficiárias que se apresentarem e preencherem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor rescatado, além da responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 17 de dezembro de 2017

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Arturino Romário Souto Furtado

Assinatura do Procurador (se houver): Wellington Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal

TESTEMUNHAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / BALIZA



nr: 22/07/2002

FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Unidade Baliza

Equipe: Dinamar / Chonoro

Paciente: Artur Ronald dos Santos Furtado

Endereço: Unidade de Brancas

Idade: 17

Sexo: M

Nº 12700

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:

DATA 28/07/137

HORA SAÍDA:

MOTIVO

☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

HORA CHEGADA:

AUTOMÓVEL

- ☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

AUTOMÓVEL

- ☐ Uso do cinto
☐ Vítima projetada
☐ Vítima encarcerada
☐ Air Bag

MOTO/BICICLETA

- ☒ Acidente com moto X motorista
☒ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete
☐ Sem capacete
☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro

MECANISMO DE TRAUMA

VIOLÊNCIA

- ☐ FAB
☐ FAF
☐ Espantamento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS

- ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstica
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

Vias Aéreas

- ☐ Dispneia
☐ Bradpneia
☐ Taquipneia
☐ Resp. Ruidosa
☐ Obstruída
☐ Apneia
☐ Outro:

Ventilação

- ☐ M.V. Diminuído
☐ M.V. Ausente
☐ Hipertimpanismo
☐ Maciez
☐ Ferida Aspirativa

AValiação INICIAL

Circulação

- ☒ Bradicardia
☐ Taquicardia
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar
acima de 2"
☐ Ausente

Aval. Neurológica

- ☐ AVDN
☐ Miose
☐ Midriase
☐ Anisocoria
☐ Otorria
☐ Otorragia
☐ Rinorragia
☐ Aparentemente alcoolizado
☐ DNV

Hora

P.A mm/hg

F.C bpm

F.R Mpm

Sat O₂ %

T. °C.

Esc. visual anal.
EVA "DOR"

Glicemia

Trauma

APGAR

Início

11:54

140x70

104bpm

11

98%

36

98%

—

—

—

—

X

—

—

Fim

3:00

140x80

111

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Pele

- ☐ Corada
☐ Quente
☐ Pálida
☐ Fria
☐ Úmida
☐ Seca
☐ Cianótica

Cabeça

- ☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Laceração
☐ Hematoma
☐ Afundamento
☐ Fer. Penetrante

Face

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Ferimento ocular
balanço

AValiação SECUNDARIA

Pescoço

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Hematoma
☐ Desvio da traquéia
☐ Enfsema Sub-Cutâneo

Tórax

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Tórax instável
☐ Resp. paradoxal
☐ Tamponamento

Abdome

- ☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Distendido
☐ Em tábua
☐ Doloroso
☐ Evisceração

Pelve

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade

Coluna Dorsal

- ☐ Contusão
☐ Hematoma
☐ Dor

Membros

- ☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Luxações

☒ Fratura possível fratura fêmur
☐ Amputação
☐

AValiação CARDIACA

- ☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter

- ☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia

AFEÇÃO CLINICA

- ☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular

- ☐ Digestiva
☐ Infeciosa
☐ Obstétrica
☐ Pediátrica
☒ Outra intoxicação

HISTÓRIA PEGRESSA

- ☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS

- ☒ Alergias duplex
☐ Outros

Medicação de uso

GRAVIDADE
COMPROVADA

- ☐ ILESO
☐ SEVERA

- ☐ EQUENA
☐ MORTE

☐ MÉDIA

☐ INDETERMINADA

☐ OUTRO

Dr. Artur J. H. Perez
CRM/155417-1
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

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

RCP

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

DESTINO

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

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

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

- ☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☒ Outros Henrique HGR

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSEMBERG FURTADO NEVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03783-4

CONTA: 000000008599-5

Nr. da Autenticação 38B8047A0B892412



Para contato
consulte este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 360/13

Nº da Nota Fiscal 003907946

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	11/11/2019	301	240,77

ALEXSANDRA DIAS DOS SANTOS

R. SÃO DOMINGOS CENTRO

CPF: 00087744902220

CEP: 69.375-000 - SÃO JOÃO DA BALIZA

ROT: 413.055.13.03.129000

DADOS DA LEITURA		kWh	kVar/h	DATAS DA LEITURA	
Atual:		28927		Atual:	25/10/2019
Anterior:		28626		Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:		1,000		Próxima Leitura:	24/11/2019
Consumo Medido:		301		Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:		301	FCAM	Apresentação:	25/10/2019
TARIFA NORMAL					31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	900910451		1.1.1.2 318

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	301 A R\$ 0,764602 = 230,14
SET/19	365	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-00	2,11
AGO/19	172	MULTA POR ATRASO 07/19-00	4,65
JUL/19	298	JUROS DE MORA DE IMPO 07/19-00	3,87
JUN/19	280		
MAI/19	283		
ABR/19	405		
MAR/19	189		
FEV/19	277		
JAN/19	334		
DEZ/18	293		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
E A 301 - 0,634620			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar na suspensão bem a inclusão do nome do consumidor na SCPEA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e a reavaliada(s) no valor de R\$ 206,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO D674.FE10.C7A1.C465.4118.366E.FD.FE.A728

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	59,13	Base de Cálculo:	230,14
Energia:	125,38	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	39,12
Encargos:	6,51	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	39,12	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00				0,00
							08/2019 0,00

ROT: 413.055.13.03.129000



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO
0510314-2

MÊS FATURADO
10/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$
240,77

VENCIMENTO
11/11/2019

003907946 FCAM

83610000002 2 40700050000 0 00000000510 8 314210190008 3



SEQ.: 00121 UC: 0510314-2 DT.LEIT.: 25/10/2019 T.ENTR.: 07

LEITURA: 28927 NORMAL TOTAL: 240,77 CARGA: 001

DT.VENC.: 11/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3042