



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

3ª Vara Cível

Processo 0808742-37.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA
Data de 17/03/2020 **Situação:** Público
Classe 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Data Distribuição: 17/03/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente
Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data de 27/04/1990 **RG:** 271160 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 529.989.672-72
Filiação: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA / JOSÉ VICENTE PINHEIRO

Advogado(s) da Parte

1376NRR Johon Emerson de Souza Camilo
 1639NRR Igor Gustavo Macambira Dias

Tipo: Promovido
Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

17/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 17/03/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Johon Emerson de Souza Camilo

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- Petição
- Petição Inicial
- Petição
- Procuração
- Petição
- Petição
- Petição
- Substabelecimento



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN
Complemento: CRUZAMENTO

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Idade 38
Profissão: Babá
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-29 Nº: 108
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 27
Profissão: Garçon
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CC-20
Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 43
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

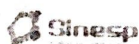
Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO	Nº: 255
Bairro: PEROLA	
Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino
Profissão: Autônomo	Idade: 32
Estado Civil: Solteiro(a)	
Endereço	
Município: Boa Vista - RR	Nº: 108
Logradouro: RUA: S-29	
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS	
Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)	
Ramo de Atuação: Órgão público	Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da
Endereço	
Município: Boa Vista - RR	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAZ0915	Número do Chassi 53560
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO1629	Número do Chassi 02004
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150	Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de transito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da policia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR.. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referia rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3


PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS



Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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 Denúnciação Caluniosa e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 – Plantão Central**; **QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS


PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912


DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE



DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO JOSÉ VICENTE PINHEIRO
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 27/04/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993

CPF BOA VISTA-RR- 529.989.672-72

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0072159-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Eno 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 Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000108583

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

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	482	393,19

RAIMUNDA HONORATA DA SILVA PINHEIRO

R. CC 20 180 LAURA MOREIRA

CPF: 00018791883253

CEP: 69.318-095 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.02.134500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	6936	Atual:	19/01/2018
Anterior:	6454	Anterior:	21/12/2017
Constante de Multiplicação:	482	Próxima Leitura:	19/01/2018
Consumo Medidor:	NORMAL	Emissão:	29
Consumo Estimado:		Anulamento:	

RESIDENCIAL	BI	DADOS	16TDB02292	M	1416441	1.1.1.2	420
-------------	----	-------	------------	---	---------	---------	-----

CONSUMO	482 A R\$ 0,567794 =	273,67
PARCELAMENTO DE DEBITOS	4/60	100,82
ILUMINACAO PUBLICA		18,70

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 482 - 0,456770

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

Parabéns! Até o dia 18/01/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

0B0C.67C1.F3BB.E2F9.D586.5DFA.C32E.0854

RESERVAÇÃO RISCO	82,57	273,67	
COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	0,00	Base de Cálculo	46,52
Energia	5,50	Alíquota ICMS	1,23
Transmissão	53,50	Valor do ICMS	5,75
Encargos		Valor do PIS	
Taxas		Valor do COFINS	

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
5,43 10,86 21,73 3,61 7,22 14,45 3,11	
7,07 3,00 6,63	

DISTRITO 11/2017 103,75

ROT: 7.001.28.02.134500



SEU CÓDIGO
0072159-0

TOTAL A PAGAR - R\$
393,19

MES VENCIMENTO
01/2018

VENCIMENTO
06/02/2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eno Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nº da Nota Fiscal: 000108583 FCAM

83600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6

25 ABR. 2018

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASC. DE _____ PARA _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR


DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____



DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO: JOSE VICENTE PINHEIRO

RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 27/04/1990

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: C. I. 271160 1401/2003 SESP RR


LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CNH: ZONA:

CPF: 529 869 672-72

TTT. ELEITOR: SEÇÃO: CNH:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 04/07/2011



ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

03

L E G I S L A D O

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

DOCUMENTO _____

NOME _____

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR Evânildo R. da Silva
Gpp
CGO/CPE/CEI 04.624.664.10001-70
ENDEREÇO Avenida Lima, SN
MUNICÍPIO Bela Vista UF PR
ESP. DO ESTABELECIMENTO Restaurante
CARGO garçom
CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 01 DE agosto DE 2014
REGISTRO Nº 1 FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 479,251 quinzenal
João A. EVÂNILDO R. DA SILVA-ME
Caro (entregador)
1º Evânildo Rodrigues da Silva
ADMINISTRADOR

DATA DE SAÍDA DE DE DE
1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR
CGO/CPE/CEI
ENDEREÇO
MUNICÍPIO UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE
REGISTRO Nº FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA
1º 2º

DATA DE SAÍDA DE DE
1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA

09

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CÍVEL DE COMPETÊNCIA RESIDUAL DA COMARCA DE BOA VISTA - RR.**

DANIEL HONORATO PINHEIRO, Brasileiro,
Solteiro, Garçom, portador da carteira de identidade RG nº 1.462.091 SSP/TO
e inscrito no CPF/MF sob o nº 529.989.672-72, residente e domiciliado nesta
Cidade, na Rua CC-20, n. 180, Bairro Laura Moreira, CEP: 69.318-095.
Telefone: (95) 99136-3336, e-mail: **pinheirodaniell4577@gmail.com**, por seu
Advogado que esta subscreve (procuração em anexo), vem perante Vossa
Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001/04, localizada na Rua Senador
Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ,
Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e
de direito a seguir:

I - DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

A nossa Carta Magna assegura às pessoas o acesso ao Judiciário, senão vejamos:

“Art. 5º, LXXIV, CF/88 - O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos”.

Tendo em vista o Autor não possuir condições financeiras para arcar com as despesas deste processo, requer desde logo os benefícios da assistência judiciária gratuita de acordo com o artigo 98 da Lei nº. 13.105/2015, in verbis:

Art. 98 - A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

Verifica-se, pois, do cotejo dos dispositivos legais acima transcritos, com a declaração de hipossuficiência financeira, que o promovente tem direito e requer os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, pois não possui condições para, arcar com as custas do processo em comento.

II - DOS FATOS

Segundo **Boletim de Ocorrência (B.O)**, o Autor foi vítima de acidente de trânsito no dia **21/01/2018**, ocorrido no Município de Boa Vista – RR, sofrendo **FRATURAS E POLITRAUMAS**, causando limitação dos movimentos, resultando em sequela funcional com invalidez permanente do membro afetado, conforme a **Guia de Atendimento Médico do Hospital Geral de Roraima (HGR)** e o **Laudo do Médico Especialista** (docs. anexos).

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) nesta cidade, cujo valor devido encontra-se em conformidade com a Lei (docs. anexos).

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, em 05/06/2019, efetuou o pagamento de apenas **R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos)**, ou seja, valor este menor que o devido por lei, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

III - DO DIREITO

DO VALOR DEVIDO

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, *verbis*:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e



quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;"

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; Julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; Publicação: Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

A Legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidentes de trânsito, ou seja, **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)** e não apenas **R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinqüenta centavos)**, que demonstra flagrante equivocada “voluntariamente ou não”, a liquidação realizada pela Requerida, e o consequente pagamento parcial.

Sendo assim, vislumbra-se o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, condenando a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinqüenta centavos)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado



pelo Eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

Destaque-se, que o fato de o Autor ter recebido a quantia dita anteriormente não implica em renúncia ao direito de postular a complementação, tampouco gera adimplemento da obrigação por parte da Demandada, como visto acima, e especialmente porque é notória a má-fé com que agiu a requerida quando da parcial indenização.

DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O respeito à Dignidade da pessoa humana constitui princípio fundamental. Partindo dessa premissa, no centro do direito encontra-se o ser humano.

Constitui a dignidade da pessoa humana um valor universal, A Dignidade não é algo que alguém precise postular ou reivindicar, porque decorre da própria condição humana. O que se pode exigir não é a dignidade em si – pois cada um já a traz consigo, mas respeito e proteção a ela.

Impõe-se, admitir, porém, que o princípio da dignidade da pessoa humana no texto constitucional é importante para a sua efetiva proteção e o seu amplo desenvolvimento pelos órgãos públicos em geral e, em especial, pelos órgãos de aplicação do direito.

A dignidade pressupõe, portanto, a igualdade entre os seres humanos. Este é um de seus pilares. É da ética que se extrai o princípio de que os homens devem ter os seus interesses igualmente considerados, independentemente de raça, gênero, **CAPACIDADE** ou outras características individuais.

Desta forma Excelência, é que o Autor vem pleitear o Direito que lhe é inerente, amparado no Art. 1º, III, da CF/88.

IV - DA INVALIDEZ

Importante frisar que a lei determina a indenização por invalidez no valor máximo, sendo que para isso necessário o laudo pericial, que não necessita a aferição do grau de INVALIDEZ, uma vez que acostado laudo médico, conforme súmula da Turma Recursal dos Juizados Especiais de Manaus:

EMENTA: CONSUMIDOR – SEGURO DPVAT – PRELIMINARES AFASTADAS – PAGAMENTO PARCIAL NÃO OBSTA PROPOSITURA DE AÇÃO PARA RECEBIMENTO DA DIFERENÇA – DESNECESSIDADE DE APRECIÇÃO DO GRAU DE DEBILIDADE – PREVALÊNCIA DE LEI EM FACE DE DISPOSITIVO INFRALEGAL – INDENIZAÇÃO FIXADA NA LEI 6.194/74 – RECURSO IMPROVIDO – SENTENÇA MANTIDA. (2ª Turma Recursal de Manaus).

V - DO PEDIDO

Isso posto requer-se:

- a) A citação da Requerida, em festejo à celeridade, pelo Tel. (21) 3861-4600, Fax (21) 2240-9073, ou ainda, no Endereço: Rua Senador Dantas, N° 74 – 5º Andar, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP. 20031-205, para que, querendo, responda aos termos desta ação, no prazo legal, sob as penalidades legais;



- b) Seja julgado PROCEDENTE este pleito, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação em razão do pagamento a menor do DPVAT;
- c) Os benefícios da ***justiça gratuita***, em conformidade com o art. 98 da Lei 13.105/2015, tendo em vista ser o Autor pobre na acepção do termo, conforme declaração de hipossuficiência em anexo;
- d) A realização de audiência de conciliação nos termos do art. 319, VII da Lei 13.105/2015, após intimação da parte Ré e manifestação da mesma;
- e) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios sucumbenciais.

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Termos em que,
Pede Deferimento.

Boa Vista - RR, 17 de março de 2020.

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS

OAB/RR Nº 1639

JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO

OAB/RR Nº 1376



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023762-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01145/01146 - carta_15R - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5L4 E4A59 LAZBN K9TCB

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Daniel Honerato Pinheiro
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Garçom
RG nº: 1.462.091 SSP-RO CPF nº: 529.989.672-72
E-MAIL: Pinheirodaniel4577@gmail.com TELEFONE: 99136-3336
ENDEREÇO: Rua: CC-20, 180, Ipauria Moreira

OUTORGADOS: IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, e as cláusulas "ad judicium", exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA - RR, 20 de junho de 2019.

x Daniel Honerato Pinheiro

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Daniel Monerato Pinheiro
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Garçom
RG nº: 1.462.091 SSP-TO
CPF nº: 529.989.672-72
ENDEREÇO: Rua CC-20, 180, Laura Moreira

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA - RR, 20 de junho de 20 19.

x Daniel Monerato Pinheiro
OUTORGANTE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Daniel Renner de Pinho

Anestesiista

CalvinoO quinqueto: PinhoINDICAÇÃO: Estado de Anestesia

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E

FUNÇÃO: Sim () Não

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do pacienteSítio cirúrgicoProcedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

BREVISÃO DO CIRÚRGIO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Materiais necessários, como instrumentais, próteses e

outros estilo presentes e dentro da validade de

esterilização (incluindo resultado do indicador), há

questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer

preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Não se aplica

() Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

() Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim Não

() O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

() Sim Não () Não se aplicaAssinatura e Carimbo
Elaine A. G. J. Silva
Enfermeira
COREN-RR 122270

Assinatura e Carimbo

25 ABR. 2018

220-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	DANIEL PINHEIRO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA OSSOS DA MÃO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA		22/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/10
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF0.9%500ML 8/8HS				14:22/06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:18/06
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				16:04/06
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				5/10
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5/10
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5/10
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				5/10
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5/10
10	SSVV + CCGG 6/6 H				5/10
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				5/10
14	CURATIVO DIARIO				Realizar
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2				16
16	METRONIDAZOL 500MG IV 8/8HS				16
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA				N.T.F
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. [Signature]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia



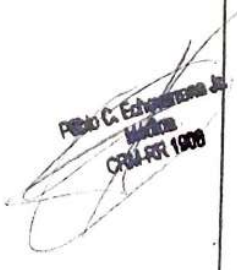
NIR
Regulado
para leito
220-4
Regulação Interna

SINAIS VITAIS			
6 H	110x70	69	TAX: 36.100
12 H	113x69	67.2	TAX: 36
18 H	96x55	75	TAX: 36.20
24 H	112x72	66	TAX: 36.5

Dalene Vasco Ferreira
COREN-RR 651.077-TE

MÉDICO RESIDENTE EM DO PACIENTE
ORTOPEDIA CLÍNICA OU
TRAUMATOLOGIA EXAMES OU
ESTABILIZAÇÃO TRANSFERÊNCIAS INTERNAS
TRANSFERRÊNCIA
P-75

Ata de Anamnese O. Pereira
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 507.816 TE



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018		• DIH		DN 27/04/1990	
PACIENTE		daniel honorato pinheiro					
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.					
ALERGIAS		NEGA		HAS		nega	
IDADE		27		LEITO		220-4	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				5MD	
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				44 28 08	
5		dipirona 1g ev 8/8 horas				44 28 08	
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				5N	
7		SSVV+CCGG 6/6 horas				Retina	
8		CURATIVO DIARIO					
9		gentamicina 240 mg 1 x ao dia				146 28 08	
10		metronidazol 500 mg ev 8/8 horas				28 08	
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:							
Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.							
							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP		
6 H		126x70	70		36,5		
12 H		100/70	70		36,4		
18 H		120/60	77		35,9		
24 H		108x70	77		37		

1200 Bessa C. Daltro
100 em Exame
2020-08-17 17:47:17



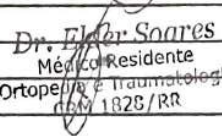
1200 Bessa C. Daltro
100 em Exame
2020-08-17 17:47:17

12h. Paciente no leito verbalizando, pruriginoso e/ou no 22. Ter



 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH
PACIENTE		daniel honorato pinheiro	DN 27/04/1990
DIAGNÓSTICO			
fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.			
ALERGIAS			
NEGA			
IDADE			
27			
ITEM			
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5M 9A
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS		22 00
5	dipirona 1g ev 8/8 horas		22 00
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn		22 00
7	SSVV+CCGG 6/6 horas		SN
8	CURATIVO DIARIO		Rotina
9	gentamicina 240 mg 1 x ao dia		16
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas		22 00
11			
12			
13			
14			
15			
16			
<p>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</p> <p>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.</p>			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
<p>Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.</p>			
<p>66. 118x60 PA 60 T 36.2</p>			
SINAIS VITAIS		PA	FC
		FR	TEMP
6 H			
12 H		118x59	36.2
18 H		103x39	36.0
24 H		110x60	36.4

18h Paciente no leito, medicado.
Siga as cuidados de enfermagem.
ds: Paulo mas quer deixo por enquanto!

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																									
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH	DN	27/04/1990																																				
PACIENTE		daniel honorato pinheiro																																							
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.																																							
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA																																				
IDADE	27	LEITO	220-4	DATA	25/01/2018																																				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																																				
1	DIETA ORAL LIVRE																																								
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS																																								
5	dipirona 1g ev 8/8 horas																																								
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn																																								
7	SSVV+CCGG 6/6 horas																																								
8	CURATIVO DIARIO																																								
9	gentamicina 240 mg 1 x ao dia																																								
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas																																								
11	 Dr. Elder Soares Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR																																								
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 > 60 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:																																									
Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde. nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.																																									
AS 14h. Girocacio AUP, 618 cm MSE. Dayane S. Tosin Técnico de Enfermagem COREN-RR 917.047 TE																																									
Nutrição Dada 8 ungs Derogem dia 26/01 p/1 prevenimento a mente.																																									
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>PA</th><th>FC</th><th>FR</th><th>TEMP</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>SINAIS VITAIS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6 H</td><td>100/60</td><td>70</td><td>21</td><td>36,8</td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td>116 x 76</td><td>66</td><td>20</td><td>36,0</td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td>110 x 70</td><td>81</td><td></td><td>36,9</td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td>120 x 70</td><td>73</td><td>20</td><td>36,5</td><td></td></tr></tbody></table>							PA	FC	FR	TEMP		SINAIS VITAIS						6 H	100/60	70	21	36,8		12 H	116 x 76	66	20	36,0		18 H	110 x 70	81		36,9		24 H	120 x 70	73	20	36,5	
	PA	FC	FR	TEMP																																					
SINAIS VITAIS																																									
6 H	100/60	70	21	36,8																																					
12 H	116 x 76	66	20	36,0																																					
18 H	110 x 70	81		36,9																																					
24 H	120 x 70	73	20	36,5																																					

Paciente está sem AUP. Pois deu braco nta com glibe. Paciente faz compressa com gelo.



GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018		DIH	DN		27/04/1990
PACIENTE		daniel honorato pinheiro					
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.					
ALERGIAS		NEGA					
IDADE		27		HAS	nega	DM	NEGA
ITEM		LEITO		220-4	DATA	27/01/2018	
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						SN
5	dipirona 1g ev 8/8 horas						14:22:06
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						08:40:24
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						SN
8	CURATIVO DIARIO						Rotac
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas						curativo
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas						08:40:24
11							14:22:06
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 \leq 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:

Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.



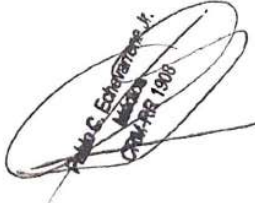
Pablo C. Espinosa Jr.
Médico
CRM-RR 1909

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H	120x70	66		36,3			
18 H	110x70	73		36,5			
24 H	120x70	72		36,5			

Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.461.072



FL: 09

220

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
		PRESCRIÇÃO MÉDICA							
		DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH			DN	27/04/1990
		PACIENTE daniel honorato pinheiro							
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.							
ALERGIAS		NEGA	HAS	nega	DM	NEGA			
IDADE		27	LEITO	220-4	DATA	30/01/2018			
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO			
1		DIETA ORAL LIVRE				D SND			
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				D 16:24 08			
5		dipirona 1g ev 8/8 horas				D 16:24 08			
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				D SN			
7		SSVV+CCGG 6/6 horas				D grafico			
8		CURATIVO DIARIO				D Botina			
9		ceftazidima 2g ev 8/8 horas				D 16:24 08			
10		metronidazol 500 mg ev 8/8 horas				D 14:24 08			
11						NTP			
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:		Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.							
									
		PA	FC	FR	TEMP				
SINAIS VITAIS									
6 H	100x60	60		36.2	Denisson Dias Braga				
12 H	104x62	58		36.2					
18 H	133x94	73		36.2					
24 H	100x60	67		36.6	Denisson Dias Braga				

COREN-RR 001405.031 TE,

22. Prescrição

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																										
	DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH	DN		27/04/1990																																									
	PACIENTE daniel honorato pinheiro																																															
	DIAGNÓSTICO fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.																																															
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA																																											
IDADE	27	LEITO	220-4	DATA	31/01/2018																																											
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																																										
1	DIETA ORAL LIVRE																																															
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS																																															
5	dipirona 1g ev 8/8 horas																																															
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn																																															
7	SSVV+CCGG 6/6 horas																																															
8	CURATIVO DIARIO																																															
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas																																															
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas																																															
11																																																
12																																																
13																																																
14																																																
15																																																
16																																																
<p>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</p> <p>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 .</p>																																																
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																																
Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td>TEMP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SINAIS VITAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								PA	FC	FR	TEMP			SINAIS VITAIS							6 H							12 H							18 H							24 H						
	PA	FC	FR	TEMP																																												
SINAIS VITAIS																																																
6 H																																																
12 H																																																
18 H																																																
24 H																																																



SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CIES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		8 - SEXO	
7 - CLASSE NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - CID. SCIENTIFICO	
14 - CID. SCIENTIFICO		15 - UF	
16 - CEP		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		18 - CID. SCIENTIFICO	
19 - CID. SCIENTIFICO		20 - CID. SCIENTIFICO	
21 - CID. SCIENTIFICO		22 - CID. SCIENTIFICO	
23 - CID. SCIENTIFICO		24 - CID. SCIENTIFICO	
25 - CID. SCIENTIFICO		26 - CID. SCIENTIFICO	
27 - CID. SCIENTIFICO		28 - CID. SCIENTIFICO	
29 - CID. SCIENTIFICO		30 - CID. SCIENTIFICO	
31 - CID. SCIENTIFICO		32 - CID. SCIENTIFICO	
33 - CID. SCIENTIFICO		34 - CID. SCIENTIFICO	
35 - CID. SCIENTIFICO		36 - CID. SCIENTIFICO	
37 - CID. SCIENTIFICO		38 - CID. SCIENTIFICO	
39 - CID. SCIENTIFICO		40 - CID. SCIENTIFICO	
41 - CID. SCIENTIFICO		42 - CID. SCIENTIFICO	
43 - CID. SCIENTIFICO		44 - CID. SCIENTIFICO	
45 - CID. SCIENTIFICO		46 - CID. SCIENTIFICO	
47 - CID. SCIENTIFICO		48 - CID. SCIENTIFICO	
49 - CID. SCIENTIFICO		50 - CID. SCIENTIFICO	
51 - CID. SCIENTIFICO		52 - CID. SCIENTIFICO	
53 - CID. SCIENTIFICO		54 - CID. SCIENTIFICO	
55 - CID. SCIENTIFICO		56 - CID. SCIENTIFICO	
57 - CID. SCIENTIFICO		58 - CID. SCIENTIFICO	
59 - CID. SCIENTIFICO		60 - CID. SCIENTIFICO	
61 - CID. SCIENTIFICO		62 - CID. SCIENTIFICO	
63 - CID. SCIENTIFICO		64 - CID. SCIENTIFICO	
65 - CID. SCIENTIFICO		66 - CID. SCIENTIFICO	
67 - CID. SCIENTIFICO		68 - CID. SCIENTIFICO	
69 - CID. SCIENTIFICO		70 - CID. SCIENTIFICO	
71 - CID. SCIENTIFICO		72 - CID. SCIENTIFICO	
73 - CID. SCIENTIFICO		74 - CID. SCIENTIFICO	
75 - CID. SCIENTIFICO		76 - CID. SCIENTIFICO	
77 - CID. SCIENTIFICO		78 - CID. SCIENTIFICO	
79 - CID. SCIENTIFICO		80 - CID. SCIENTIFICO	
81 - CID. SCIENTIFICO		82 - CID. SCIENTIFICO	
83 - CID. SCIENTIFICO		84 - CID. SCIENTIFICO	
85 - CID. SCIENTIFICO		86 - CID. SCIENTIFICO	
87 - CID. SCIENTIFICO		88 - CID. SCIENTIFICO	
89 - CID. SCIENTIFICO		90 - CID. SCIENTIFICO	
91 - CID. SCIENTIFICO		92 - CID. SCIENTIFICO	
93 - CID. SCIENTIFICO		94 - CID. SCIENTIFICO	
95 - CID. SCIENTIFICO		96 - CID. SCIENTIFICO	
97 - CID. SCIENTIFICO		98 - CID. SCIENTIFICO	
99 - CID. SCIENTIFICO		100 - CID. SCIENTIFICO	

Paciente vítima acidente com metalista com (DPT: 21/01/18)
com trauma max(E)

Procedimento cirúrgico ortopédico

Ex fênix + Ra

Dr. Alberto / Dr. Leonardo
CRM-RR 1617
Título Especialista TEOT - 12603

Dr. Leonardo do Rabelo
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715

Fx 4º, 5º falange proximal mão E + Fx 3º MTC d(E)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortomonitoria Fx 4º, 5º falange proximal d(E) + Fx 3º MTC d(E)

25 - CLASSE

Ortopedia

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Alberto / Dr. Leonardo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAIÇÃO

36 - CID. SCIENTIFICO

37 - Nº DO BILHETE

38 - CÔDIGO DO PROCEDIMENTO

39 - Nº DO DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - TÍTULO COMPREENDIDO

43 - INVESTIGADOR

44 - AUTOR

45 - NOME DO RESPONSÁVEL

46 - POSICIONADO

47 - Nº DO SEGURO

48 - CID. SCIENTIFICO

49 - CID. SCIENTIFICO

50 - CID. SCIENTIFICO

51 - CID. SCIENTIFICO

52 - CID. SCIENTIFICO

53 - CID. SCIENTIFICO

54 - CID. SCIENTIFICO

55 - CID. SCIENTIFICO

56 - CID. SCIENTIFICO

57 - CID. SCIENTIFICO

58 - CID. SCIENTIFICO

59 - CID. SCIENTIFICO

60 - CID. SCIENTIFICO

61 - CID. SCIENTIFICO

62 - CID. SCIENTIFICO

63 - CID. SCIENTIFICO

64 - CID. SCIENTIFICO

65 - CID. SCIENTIFICO

66 - CID. SCIENTIFICO

67 - CID. SCIENTIFICO

68 - CID. SCIENTIFICO

69 - CID. SCIENTIFICO

70 - CID. SCIENTIFICO

71 - CID. SCIENTIFICO

72 - CID. SCIENTIFICO

73 - CID. SCIENTIFICO

74 - CID. SCIENTIFICO

75 - CID. SCIENTIFICO

76 - CID. SCIENTIFICO

77 - CID. SCIENTIFICO

78 - CID. SCIENTIFICO

79 - CID. SCIENTIFICO

80 - CID. SCIENTIFICO

81 - CID. SCIENTIFICO

82 - CID. SCIENTIFICO

83 - CID. SCIENTIFICO

84 - CID. SCIENTIFICO

85 - CID. SCIENTIFICO

86 - CID. SCIENTIFICO

87 - CID. SCIENTIFICO

88 - CID. SCIENTIFICO

89 - CID. SCIENTIFICO

90 - CID. SCIENTIFICO

91 - CID. SCIENTIFICO

92 - CID. SCIENTIFICO

93 - CID. SCIENTIFICO

94 - CID. SCIENTIFICO

95 - CID. SCIENTIFICO

96 - CID. SCIENTIFICO

97 - CID. SCIENTIFICO

98 - CID. SCIENTIFICO

99 - CID. SCIENTIFICO

100 - CID. SCIENTIFICO

25 ABR. 2018

040802.0539-5626

V 195

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLPB KWUR8 BN63B Q353R



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31.01.18 O.S. _____

Dr. Honório

EXATIDÃO DE
GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: MÚLTIPLOS DOBROS
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 2 - 3 - DOBRO
TIPO DE INTERVENÇÃO: MNT / FROG MONTADO
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Honório 1º AUXILIAR: Dr. Honório
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

OSTEASSINTOMAS DE 4 B. DOBRO MNT
① Fimite em sonda para os
ANOS DOBRO
② ASSINTOMAS DOBRO MNT
③ Fimite com FROG (1M)
④ Rx controle F. FROG

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Assessoria Jurídica nos Brás

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Linhares

Idol. 27 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº 31/04/18	
Etanol 50 mg midazolam 2,5 mg			
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES	N 20 02		
LIQUIDOS VENOSOS	A M 150 150 V D 500 500		
DA	°C 240		
X	38 220		
ULSO	36 200		
O	34 160		
ANES	32 160		
X	30 140		
OP	120		
O	100		
TEMP	80		
ASPIR.	60		
A	40		
RESP	20		
O			
Expost			
Assist			
Contro			
SIMBOLOS			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Etanol 50 mg	Intubação de Bivox	+ monitorização + checklist
B	Midazolam 2,5 mg	Preparação E, via su-	1) Q 100% 2L/min
C		perforada e	2) Próxio e adrenergico 1/1000 200
D		óxido E, gás	identificação de estirpe e plac.
E		pré 150	Preparação E / oxigenação negativa
F		120	P / sangue, infusão no sector
G		100	do flexo de lesão profunda
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Neso / Oro Faríngea	3) Gás 100% 2L/min
HDCC		Naso / Orotraqueal - Cega	4) Etanol 50 mg + midazolam 2,5 mg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	5) Prepara 2,5 mg
	500, 8% 1000ml	Sob Máscara	
TOTAL	500 ml	Dificuldade Técnica	
OPERAÇÃO		TEMPO DE ANESTESIA	
		30:00	
Observações de faturação: Tolange proximal 425 - dolo mco E			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PELODA SANGÜINEA
Dr. Eudes		Dr. Alberto	
Dr. Daniel		Dr. Leonardo	

Dr. Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM 1026



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		Idade: 27	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Daniel Henrique Pinheiro		220-4			31 / 01 / 22
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese fixação de alça proximal			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
4ª, 5ª mão (E)			10:25	11:00	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		D: Eudes	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		D: Danielle	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		D: Raimundo	
TIPO DE ANESTESIA: B P B		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	2+0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			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			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
7	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Cateter 02			OUTROS: 40 P. W + 100ml	
1	Eléctrodo				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA			
			SUB- TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



NOME: Daniel Henrique de Souza

MA - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 21/03/20 18
Reg: 22 Idade: 22
Chegada: 11:00
Emergência: () U.T.I. 1
Internação: () U.T.I. 2
Outros: ()
Cirurgia Proposta: 2000
Outros: ()
1. Informados: ()
() Jejum () Pré-anestésico
() Jólus () Intracav
() Soro () Sangu
() Eletro () Cardiopata
() Exames () Jasmico
() Outros: ()

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início de Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
<u>9:56</u>	<u>10:25</u>	<u>9:58</u>	<u>11:00</u>	

Cirurgia Realizada: 2000 Anestesia: 11:00 Posição: Prone
Hidratação: 1000 Antibiótico: 1000 Hemodiluidos: 1000
SF a 0.9%: 1000 Nome: 1000 Dose: 1000
SG a 10%: 1000 Plasmex: 1000
Outros: 1000 Anticoagulante: 1000
Nº de compressas aferidas: 1000 Anticoagulante: 1000
Nº de compressas recolhidas: 1000 Anticoagulante: 1000
Sinais Vitais: 1000 Anticoagulante: 1000
T: 36.5 P: 100 bpm
SAT: 95 % R: 100 bpm
() Regular () Irregular PA: 120/80 mmHg
FC: 75 bpm () Outros: ()

Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA
<u>2000</u>	<u>11:00</u>	<u>11:00</u>

Localização: 1000
1. Sonda 1000
2. Curativo 1000
3. Dreno 1000
4. Acesso Venoso 1000
5. Outros: ()

Estado Emocional/ Mental
() Choro () Sonolento
() Agitado () Outros: ()

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: ()

Entradas: 1000
Saídas: 1000
Dreno: 1000
Duração: 1000
SNG: 1000
Outros: ()

Sinais Vitais: 1000
P: 100 bpm
R: 100 bpm
FC: 75 bpm
() Regular () Irregular
() Outros: ()

Legenda:
1. Eletrodo 1000
2. Oclmto 1000
3. PVC 1000
4. Placa de Bisturi 1000
5. Lincido 1000
6. Cateter 1000
7. Vendicise 1000
8. Dreno 1000
9. SNG 1000
10. Faixa de Smarch 1000
11. Outros: ()

Entrada: 1000
Saída: 1000
Dreno: 1000
Duração: 1000
SNG: 1000
Outros: ()

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOP. VURF - AM/ 2000 - JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Saúde

UNIDADE / SEIOR: 220-4 QUARTO: LEITO: N° DE REGISTRO:

NOME DO RESPONSÁVEL:

Doniel Honorato Pinheiro

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
31/01/18	# Fk falange proximal 4º e 5º dedos + Ex 3º MTC a F		18:00 PA = 123177 mm PA = 6264 T = 350
	1) Celestina 2g EV 8/8h 150 SPANB		
	2) Dita oral livre após SRPA		
	3) Sp09-1 500 ml EV nas 24h	→ SNV	
	4) Celestina 2g EV 8/8h	→ 18:24:08	
	5) Metronidazol 500 mg EV 8/8h	→ 19:02:00	
	6) Tramadol 100 mg EV 8/8h (Antes)	→ SN	PA: 135x84 FC: 67
	80,9-1.100 ml 8 des interna		
	7) Dipsiona 1g EV 6/6h	→ 12:13:34.00	
	8) Plavix 10 mg EV 8/8h	→ 14:22:06	
	9) Grapotel 40 mg EV 1x/ dia manhã	→ 06	
	10) Curativo de ferida	→ m	
	11) SSU-1 + CCG 6/6h	→ 18:00	
	Morfina 1mg + 3 AD, 1mg 3x		M de intern

SECI **ESTADO DE KURAIMIA**
FARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Anestesiista: Dr. João Carlos de Souza

Anestesiista: Dr. João Carlos de Souza

Anestesiista: Dr. João Carlos de Souza

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

☒ Identificação

EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E

OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM

☒ Sítio Cirúrgico

FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☐ Procedimento

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

1- O NOME DO PROCEDIMENTO

☒ Identificação do paciente

CONFIRMARAM VERBALMENTE:

REGISTRADO

☒ Sítio cirúrgico

☒ Sim () Não

☒ Sim () Não

☒ Procedimento

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS

ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA

PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA

☒ Sim () Não

(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☒ Sim () Não

☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO

PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A

EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A

RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim () Não

☒ Não se Aplica

ASSINATURA E CARIMBO

Suelen da S. Ramos

Enfermeira

COREN: 00000000000

Assinatura e Carimbo

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura



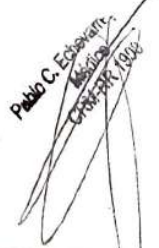
Assinatura

Assinatura

Assinatura

220-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH	DN		27/04/1990	
PACIENTE		daniel honorato pinheiro					
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.					
ALERGIAS		NEGA					
IDADE		27	HAS	nega	DM	NEGA	
ITEM		LEITO	220-4	DATA	01/02/2018		
PRESCRIÇÃO							HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						-D 5ND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						-D 16 24
5	dipirona 1g ev 8/8 horas						-D 16 24
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						-D 16 24
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						-D 5ND
8	CURATIVO DIARIO						-D 16 24
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas						-D 16 24
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas						-D 16 24
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 \leq 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:							
Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.							
<div style="text-align: right;">Pablo C. Echeverri Médico CRM-RR 1092</div>							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP		
6 H	123x83	64	20	36,0			
12 H							
18 H	144x93	83	19	36			
24 H	143x89	75	20	36,0			
18h. Adm medicação de horário, conforme prescrição médica. Erinalda Soares Pinic COREN-RR 1.223.379 TE 11/02/2018 AVP-MSD.							
Obs.: Curativo não realizado por falta de álcool estéril. Gisele							

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																														
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																														
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																														
		PRESCRIÇÃO MÉDICA																																														
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018	DIH		DN	27/04/1990																																										
PACIENTE	daniel honorato pinheiro																																															
DIAGNÓSTICO	fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.																																															
ALERGIAS	NEGA	HAS	nega	DM	NEGA																																											
IDADE	27	LEITO	220-4	DATA	03/02/2018																																											
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																																										
1	DIETA ORAL LIVRE					SN																																										
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					16 24 08																																										
5	dipirona 1g ev 8/8 horas					10 18 02																																										
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					SN																																										
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					Pélino																																										
8	CURATIVO DIÁRIO					Pélino																																										
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas					16 24 05																																										
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas					14 22 05																																										
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 APOS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.																																																
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																																
Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.																																																
																																																
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>PA</th><th>FC</th><th>FR</th><th>TEMP</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>SINAIS VITAIS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								PA	FC	FR	TEMP			SINAIS VITAIS							6 H							12 H							18 H							24 H						
	PA	FC	FR	TEMP																																												
SINAIS VITAIS																																																
6 H																																																
12 H																																																
18 H																																																
24 H																																																



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, ____/____/____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ____/____/____, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____/____/____, ÀS _____, COM O
DR. _____

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 SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, _____

Pablo C. Echeverren Jr.
Médico
CRM-RJ 1908
MÉDICO

25 ABR. 2018



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Dani Honorato Faria 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de múltiplos Dentes
NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteomielite de fratura de múltiplos Dentes SEMCO
OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Guaraci
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18 ÀS 11:00, COM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18 ÀS 14:00 HORAS, COM O
DR. Alberto

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 SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Alberto

BOA VISTA, 03/02/18

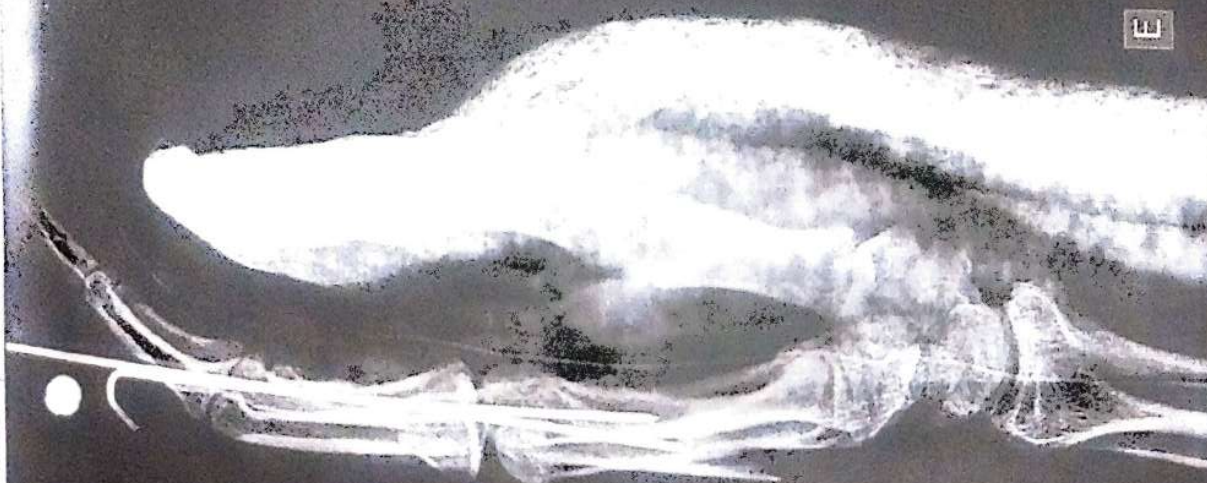
25 ABR. 2018

MÉDICO





25 ABR 2018



1/2/2018 10:37:37

73,1 %



1/2/2018 10:37:37

67,7 %

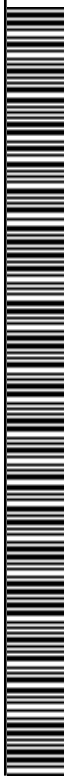
DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA



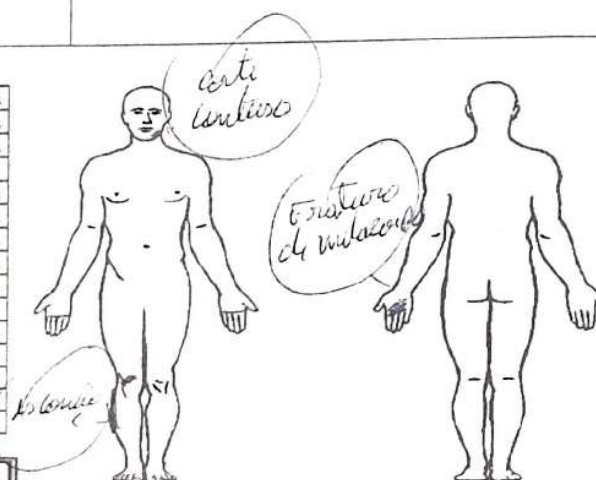
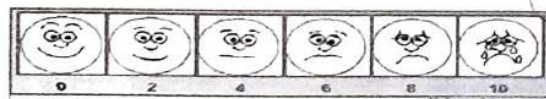
PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº		SAMU 192																																													
UNIDADE: Bravo I		EQUIPE: Eric Douglas		Carat. Futuro																																															
Paciente: Daniel Monarato Pinheiro		Idade: 27		Sexo: M																																															
Nacionalidade: Brasileiro		Raça: Branca		Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Etnia																																															
Endereço: Av. N. 23		Bairro: S. Hilário Campo																																																	
Nº 1164		DATA 23/03/2018		HORA J/9: 2:10		BASE <input type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO																																													
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. Camilo		HORA J/10: 2:17				<input type="checkbox"/> CELULAR																																													
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO Transmissão																																																			
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>																																																			
MECANISMO DE TRAUMA																																																			
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS																																													
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x <input type="checkbox"/> Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Última projetada <input type="checkbox"/> Última encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x MOTO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espandimento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:																																													
AVALIAÇÃO INICIAL																																																			
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input checked="" type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																													
SINAIS VITAIS E ESCORES																																																			
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"																																												
Início 3:00	130x70	90	19	99																																															
Fim	130x70	90	18	99																																															
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																																																			
Pele		Cabeça		Pescoço		Tórax																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo <input type="checkbox"/> Empalamento																																													
Abdome		Pelve		Coluna Dorsal		MMSS																																													
<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação																																													
MMII		QUEIMADURAS		HISTÓRIA PREVISSA																																															
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação		<table border="1"> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>USE</th> <th>MID</th> <th>ME</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	USE	MID	ME	TOTAL %																																		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso MS		<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros	
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	USE	MID	ME	TOTAL %																																									
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREVISSA																																															
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutuer		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstrutiva <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso MS																																													
GRAVIDADE COMPROVADA		GRAVIDADE		GRAVIDADE		GRAVIDADE																																													
NÍVEL		PEQUENA		MÉDIA		SEVERA																																													
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)																																													
INCIDENTE		INCIDENTE		INCIDENTE		INCIDENTE																																													
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Tróte <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES																																													
RCP		RCP		RCP		RCP																																													
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:		<input type="checkbox"/> Término as: <input type="checkbox"/> Obs.:		OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES																																													
DESTINO		DESTINO		DESTINO		DESTINO																																													
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																																													



PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	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	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

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	6 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 incomprensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Exames realizados p/ vídeo monitoriza de monitoriza tomografia
pela Central de radiologia moto x moto. Vídeos demonstrando
aparentemente estabilizado, com fraturas fechadas de metacarpo
esquerdo, Costa Contusa, na região do fêmur, fraturas MI,
dentro, estabilizado p/ comunicado, a Central de radiologia
que não orientou a conduzir p/ O.G.T. HGR

DOCUMENTO
ORIGINAL

23.03.18
Stephania

Dough
997045

25 ABR. 2018

21/01/2018

Guia de Atendimento 02 ...

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

HGR

21/01/2018 04:04:12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: DANIEL HONORATO PINHEIRO Data Nascimento: 27/04/1990 Idade: 27 A 8 M 24 D CNS: CPF: 07 Prontuário:

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE M SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe: RAIMUNDA HONORATO DA SILVA Pai: Contato:

Endereço: RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - h):

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Condução: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☒ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: Wendell Rabelo Médico CRM-RR 1965

Carimbo e Assinatura do Médico: Data e Hora da Saída/Alta:

Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 21/01/2018 04:04:41

25 ABR. 2018

Efdr

Parant suble juncie
de protoculitas
proba con fatura en parte
de F1 de 4: QDE +
3: pte D + F1 de 5: QDE

CD: Q. Inobediencia a anti S. e. f. co +
anal. g. e. d. Att.

Q. Soluto como Linque
- no luto amgo

[Signature]
Rafael C. Echeverria Jr.
Mado
CRATER 1908

[Signature]
Rafael C. Echeverria Jr.
Mado
CRATER 1908



DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
HGR				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Raimunda Honorato da Silva			103538	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
71023103533512751210			29/04/90	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
Raimunda Honorato da Silva			M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua CC20 180, com junto Cidades				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bom Vista			15 - UF	
			16 - CEP	
			17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
<p><i>10h</i> <i>pt histeria queda mto ÷ 3h da</i> <i>manhã,</i> <i>gravidade 3º + 4º mês</i> <i>rx 3º MTC + 5º fase + 4º fase</i></p>				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
DOCUMENTO ORIGINAL				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p><i>er</i> <i>rx</i></p>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
<p><i>histeria 1º fase mto (C)</i></p>				
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CURSOS ASSOCIADOS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<p><i>1º fase mto</i></p>				
26 - CLÍNICA			27 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
			21/01/18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO				
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
<p><i>ate-31.1</i> <i>25 ABR. 2018</i></p>				

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

N.º REGISTRO

PROFESSIOINÄLS RESPONSÄVERS:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

SSND: 18:00
PA-93154

Fe. 67

78. Sen

$$3.4. \quad P_A = 95 \times 10^6$$

76: Tax 36

0525

27	0	8	0	0
28	0	8	0	0
29	0	8	0	0
30	0	8	0	0
31	0	8	0	0
32	0	8	0	0
33	0	8	0	0
34	0	8	0	0
35	0	8	0	0
36	0	8	0	0
37	0	8	0	0
38	0	8	0	0
39	0	8	0	0
40	0	8	0	0
41	0	8	0	0
42	0	8	0	0
43	0	8	0	0
44	0	8	0	0
45	0	8	0	0
46	0	8	0	0
47	0	8	0	0
48	0	8	0	0
49	0	8	0	0
50	0	8	0	0
51	0	8	0	0
52	0	8	0	0
53	0	8	0	0
54	0	8	0	0
55	0	8	0	0
56	0	8	0	0
57	0	8	0	0
58	0	8	0	0
59	0	8	0	0
60	0	8	0	0
61	0	8	0	0
62	0	8	0	0
63	0	8	0	0
64	0	8	0	0
65	0	8	0	0
66	0	8	0	0
67	0	8	0	0
68	0	8	0	0
69	0	8	0	0
70	0	8	0	0
71	0	8	0	0
72	0	8	0	0
73	0	8	0	0
74	0	8	0	0
75	0	8	0	0
76	0	8	0	0
77	0	8	0	0
78	0	8	0	0
79	0	8	0	0
80	0	8	0	0
81	0	8	0	0
82	0	8	0	0
83	0	8	0	0
84	0	8	0	0
85	0	8	0	0
86	0	8	0	0
87	0	8	0	0
88	0	8	0	0
89	0	8	0	0
90	0	8	0	0
91	0	8	0	0
92	0	8	0	0
93	0	8	0	0
94	0	8	0	0
95	0	8	0	0
96	0	8	0	0
97	0	8	0	0
98	0	8	0	0
99	0	8	0	0
100	0	8	0	0

7

111

•

...

1

1

1



Emergência / Ortopedia

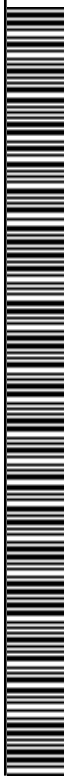
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Honorato Pinheiro 27a 25/05/10

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°
<p>AGENTES</p> <p>LIQUIDOS VENOSOS</p> <p>DA X</p> <p>ULSO</p> <p>ANES X</p> <p>OP O</p> <p>TEMP</p> <p>ASPIR. A</p> <p>RESP O</p> <p>Expon</p> <p>Assist</p> <p>Contro</p> <p>SIMBOLOS</p>		<p>15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45</p> <p>02</p> <p>240</p> <p>220</p> <p>200</p> <p>180</p> <p>160</p> <p>140</p> <p>120</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p>
<p>AGENTES</p> <p>DOSES</p> <p>TÉCNICA</p> <p>GLICOSE</p> <p>NDGD</p> <p>SANGUE</p> <p>TOTAL</p> <p>OPERAÇÃO</p> <p>ANESTESIA</p> <p>CÓDIGO</p> <p>CIRURGIÃO</p>		<p>NOTAÇÕES</p> <p>1. Checagem de gases, equilíbrio ácido-básico, pressão arterial e medicações</p> <p>2. O2 3 l/min S.O.</p> <p>3 - BPA guiado por USG</p> <p>4 - Propofol 50mg EV</p> <p>5 - Propofol 50mg EV</p> <p>6 - Propofol 30mg EV</p> <p>Larango - Espasmo - Excesso Secre</p> <p>Depressão Respiratória - Hipoxia</p> <p>"Bucking" - Vômito</p> <p>Hemorragia - Arritmia</p> <p>Bradi Taquicardia - Choque</p> <p>PERDA SANGÜEA</p>

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 185

7. Tenoxicam 40mg EV
8. Propofol 30mg EV
9. Dipriona 20g EV

A S.R.P.A

25 APR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21, 01, 18 U.S. _____

Daniel Ilsonato Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: patina exposta - não (C)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LME + Reforço de F.O.

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Alderson 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Ersetine ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

① Ret. BDN sob anestesia

② oxipônico + antiseptico

③ campo estéril

④ LME vagrosa c/ SFO, 7%

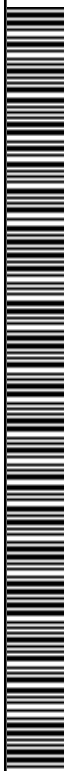
⑤ Reforço c/ vykon

⑥ pele curada

⑦ tyona

R/S

25 ABR. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

REGISTRO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Daniel Honorato Pinheiro				21 / 01 / 18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese M50		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		09:55	10:15	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	Di Wilderson	ANESTESISTA:	Dr. Geline	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	Res. Flávia + Celio	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
TIP. DE ANESTESIA: B P B		CIRCULANTE	Lili + Soares + Miracy + Luana	
		Welligton + Nilma		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3:17
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/PROCEDIMENT			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURINº			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
1	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO
2	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM - lavachap
3	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA - 30cm
5	Eletrodos			OUTROS: cloroxina
1	cateter O2		100ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Stephanie + Ori Kar	SUB- TOTAL		
UNIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Lili + miracy + Luana + Welligton + Soares + Nilma	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

25 ABR. 2018





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

QUADRO DE OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

Data: 21.04.18

Idade: 27

Nome: Daniel Teodoro Pinheiro

Sexo: M

Profissão: Cirurgião

Outros: Nenhum

Grupos: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Outros: Nenhum

Entrada na Sala: 09:30
Início da Cirurgia: 09:35
Início Anestesia: 09:48
Término Cirurgia: 10:15
Saída S.O.: 10:15

Cirurgia Realizada: Hernia inguinal esquerda

Anestesia: BPB

Posição: decub. ventro

Antibiótico: Nenhum

Terapia: Nenhum

CH: Nenhum

Plasma: Nenhum

Plaquetário: Nenhum

Anestômico: Nenhum

Antídoto: Nenhum

Sinais Vitais: T: 36.5°C, P: 70 bpm, SAT: 98%, FC: 70 bpm, PA: 120/80 mmHg

Exames na Sala: () Ht, () Hb, () Hemograma, () Rasio X

() Outros: Nenhum

Legenda: 1. Eletrodos, 2. Oxímetro, 3. PVC, 4. Placa de Bisturi, 5. Lâmina, 6. Cateter, 7. Venoclise, 8. Dreno, 9. SNG, 10. Fita de Sutura, 11. Outros: Nenhum

Destino: SRPA () UTI () Outros: Nenhum

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COO: NURE - AM/2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PF-PIN/2018

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Cirurgia Realizada: Hernia inguinal esquerda

Anestesia: BPB

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

Localização: [Localização]

25 ABR. 2018



SUBSTABELECIMENTO

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

Assinatura digital

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS

OAB/RR 1639



17/03/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 17/03/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 3ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

17/03/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 17/03/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

17/03/2020: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 17/03/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

17/03/2020: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 17/03/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

19/03/2020: CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE.

Data: 19/03/2020

Movimentação: CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE

Por: Rodrigo Bezerra Delgado

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

COMARCA DE BOA VISTA

3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa

Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 - E-mail:

3civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0808742-37.2020.8.23.0010

Recurso n.º \$recurso.getNumeroUnicoRecursoFormatado()

DESPACHO

Recebo a inicial.

Defiro a Justiça Gratuita.

Deixo de designar audiência de conciliação, tendo em vista que a parte promovida não apresenta proposta de acordo antes da realização de perícia.

Cite-se, se possível, na forma eletrônica para apresentação de contestação.

Apresentada a contestação, manifeste-se a parte autora em réplica.

As preliminares eventualmente arguidas em contestação serão apreciadas na sentença.

O cerne da lide resume-se a ocorrência, origem e grau de lesão, razão pela qual, de plano, defiro desde logo a produção de prova pericial.

Nomeio como perito(a) o(a) Dr(a). Marília Belmino. Ressalto que o perito nomeado encontra-se devidamente cadastrado no banco de peritos deste Tribunal, na especialidade perícia médica e/ou ortopedia.

Fixo honorários periciais no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos moldes do Convênio de Cooperação nº 06/2015, celebrado entre o Tribunal de Justiça de Roraima e a parte Ré. O recolhimento prévio do respectivo valor far-se-á em Cartório, no prazo de 10 (dez) dias, mediante guia próprio disponibilizada no sítio do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) Perito(a) Judicial do depósito efetivado e para o início do exame.

Em regra, nos termos do artigo 95 do CPC, os honorários periciais serão adiantados pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes. Nos casos de beneficiário da justiça gratuita, a referida remuneração será integralmente adiantada

pela parte Ré, nos termos do item 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015¹.

Considerar-se-á falta de interesse na realização dessa prova pericial a(s) parte(s) que não cumprirem com o seu dever de realizar, no prazo acima estipulado, o recolhimento dos honorários, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

Nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, intmem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

Intime-se, pessoalmente, a parte Autora para comparecer no consultório do(a) douto(a) Perito(a), situado na Clínica Galeria Vida, Av. Major Williams, nº 1665, Centro (em frente ao Recanto da Peixada), no dia e hora designado pelo cartório, para realização da perícia.

Nos termos do artigo 465 do CPC, fixo o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação do laudo pericial, a contar da data da realização da perícia.

Deverá o senhor Diretor de Secretaria providenciar o acesso aos documentos necessários ao Perito(a) Judicial, via PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (acaso precise), essas últimas às expensas das partes.

Finalizado o exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) Perito(a) Judicial.

Nos termos do artigo 477, § 1º, do CPC, com a apresentação do laudo em juízo, intmem-se as partes, via sistema PROJUDI, para, querendo, se manifestar no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

Cumpra-se.

Data e hora registradas no sistema.

Juiz Rodrigo Delgado



21/03/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 21/03/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

21/03/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 21/03/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

21/03/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 21/03/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6)

CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

01/04/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 01/04/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020) e ao evento de expedição seq. 8.
Por: SISTEMA CNJ

01/04/2020: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE.

Data: 01/04/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE

Complemento: Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé

Por: HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS

Relação de arquivos da movimentação:

- Citação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 - E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

MANDADO DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO
ONLINE

Processo: 0808742-37.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$11.137,50
Autor(s) DANIEL HONORATO PINHEIRO Rua CC-20, 180 - Senador Hélio Campos - BOA VISTA/RR - CEP: 69.318-095
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
PESSOA A SER CITADA/INTIMADA:
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

Por ordem do MM. Juiz(a) Rodrigo Bezerra Delgado, Titular da 3ª Vara Cível desta Comarca, em cumprimento a este, fica a parte promovida, **CITADA ELETRONICAMENTE** para tomar conhecimento da ação acima mencionada, nos termos da petição inicial e do despacho/decisão judicial retro, ficando a mesma advertida de que tem o prazo de 15 (quinze) dias para oferecer resposta. Se a parte ré não contestar a ação, será considerada revel e reputar-se-ão verdadeiros os fatos afirmados pela parte autora, ressalvadas as hipóteses do art. 345 do CPC. Ainda, fica **INTIMADA** para, no mesmo prazo, manifestar-se sobre a possibilidade de acordo em audiência de conciliação ou julgamento antecipado da lide. Caso negativas as hipóteses, a parte deverá especificar as provas que pretende produzir, bem como os fatos que com elas pretenda comprovar.

Boa Vista, 1/4/2020.

HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS
Diretor(a) de Secretaria, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito
Rodrigo Bezerra Delgado

OBSERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para juntar documentos aos autos (procurações, cartas de preposição, contestações, etc.), limite os arquivos ao máximo de 3MB cada, estando devidamente habilitado para acessar ao sistema.



Data: 02/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- DOCS
- DOCS
- KIT SEGURADORA LIDER

2709084- C3/ 2020-01348/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

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 **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, 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 **21/01/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/01/2018**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (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, sendo um na figura de revisor.

Número: 3180364560	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO	Data do acidente: 21/01/2018	Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA	
Data da análise: 01/10/2018	
Valoração do IML: 0	
Perícia médica: Não	
Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.	
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.	
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.	
Sequelas: Com sequela	
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.	
Documentos complementares:	
Observações:	

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

ESPECIALISTA	
Empresa: Líder- Serviços AMD	
Grupo: EQ1	
Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA	
CRM: 533427	
UF do CRM: RJ	

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para



inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/01/2018**. 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 POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL HONORATO PINHEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023762-2

Autenticação:
BB82407C6B20E178CBCB96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9

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.

⁴RECURSO 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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 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

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.”

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



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁷ art. 1º. (...)

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

CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 31 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 graduação (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 **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08087423720208230010.

Rio de Janeiro, 31 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180364560**

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023762-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Daniel Honorato Pinheiro		529.989.672-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Garçom	Rua CC20	180	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Kaizer Moreira	Bar Vitoria	RR	69.318-095
E-mail:	Tel.(DDD):		
tho198@Hotmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0653	139-897		
(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.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.			
Local e Data: Bar Vitoria - RR		TESTEMUNHAS	
Nome: Daniel Honorato Pinheiro		1ª Nome: _____	
CPF: 529.989.672-72		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura	

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Rinhueiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Daniel Honorato Rinhueiro		529.989.672-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Garçom	Rua CC20	180	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Kaizer Moreira	Bar Vitoria	RR	69.318-095
E-mail:	Tel.(DDD):		
tho198@Hotmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0653	139-897		
(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.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.			
Local e Data: Bar Vitoria - RR		TESTEMUNHAS	
Nome: Daniel Honorato Rinhueiro		1ª Nome: _____	
CPF: 529.989.672-72		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)		Assinatura	

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Seguradora LIDER <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASI:		CPF da vítima: <u>529.989.672-72</u>	
Nome completo da vítima: <u>Daniel Horacio Pinheiro</u>			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <u>Daniel Horacio Pinheiro</u>		CPF: <u>529.989.672-72</u>	
Profissão: <u>Garçom</u>	Endereço: <u>Rua. 00 - 20</u>	Número: <u>180</u>	Complemento:
Bairro: <u>Joaquim Moreira</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>Pernambuco</u>	CEP: <u>69.318-095</u>
E-mail: <u>gibson@hotmil.com</u>		Tel.(DDD): <u>(081) 9825-9536</u>	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)		<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)		<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: <u>0653</u>	CONTA: <u>139-997</u>	AGÊNCIA:	CONTA:
<small>(Informar o dígito se existir)</small>		<small>(Informar o dígito se existir)</small>	
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.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:		Falecidos:	
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.			
MORTE			
Local e Data: <u>Recife - PE, 11-2015</u>		TESTEMUNHAS	
Nome: <u>Daniel Horacio Pinheiro</u>		1ª Nome:	
CPF: <u>529.989.672-72</u>		CPF:	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

529.989.672-72

Nome completo da vítima

Daniel Henrique Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Daniel Henrique Pinheiro	CPF titular da conta	529.989.672-72	Profissão	Garçom
Endereço	Rua CC20	Município	180	Complemento	
Bairro	Parque Mercedes	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
E-mail	ILDIRRR@HOTMAIL.COM	CEP	69-318-095	Telefone (DDD)	(95) 99154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Signo, em verso, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REQUERER INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (337) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (061) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> SICREDA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚM	DV	CONTA NÚM	DV
0653		139.899	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 30 de Fevereiro de 2018
Local e Data

Daniel Henrique Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAIPV001 V001/2017

25 ABR. 2018



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

529.989.672-72

Nome completo da vítima

Daniel Honorato Pinheiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Daniel Honorato Pinheiro	CPF titular da conta	529.989.672-72	Profissão	Gorçom
Endereço	Rua CC20	Número	180	Complemento	
Bairro	Lauro Mota	Cidade	Boa Vista	Estado	Roraima
E-mail	JLOIRRR@HOTMAIL.COM	CEP	69.318-095	Telefone (DDD)	(95) 99154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0653

DV

CONTA

Nº

139.897

DV

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO ORIGINAL

Boa Vista, 20 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Honorato Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808069-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Bairro: Senador Hélio

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603- Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Babá

Idade: 38

Estado Civil: Solteira(s)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 105

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 27

Profissão: Garçom

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 43

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755542

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilceia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº: 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Nº: 108

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/pm Idelson Ferreira de

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAZ0915

Número do Chassi: 53560

Ano/Modelo Fabricação: 2009/2009

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Raimundo Nonato Pereira

Proprietário

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAO1629

Número do Chassi: 02004

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: DAFRA/SPEED 150

Modelo: DAFRA/SPEED 150

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

DANIEL MONORATO PINHEIRO

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar, acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que: o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVILIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafômetro, o mesmo acitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suetia Cardoso da Silva
Impresso por: Nicolle Moraes da Silva Araújo
Data de impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) agente(s) responsável(is) pelas informações acima assinaladas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
antes, conforme previsto nos Artigos 329-Declaração Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

31 MAR 2018

DELEGADO DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nicolle Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE Ocorrência Nº 003143/2018 - PLANTÃO CENTRAL

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 - Palntão Central**; **QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE Ocorrência É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato**

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS

Priscila Osório Carneiro
PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

Daniel Honorato Pinheiro
DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE



DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Senador Hélio

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Idade 38

Profissão: Babá

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 108

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 27

Profissão: Garçon

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 43

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3*

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO

Nº: 255

Bairro: PEROLA

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Nº: 108

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da

Endereço

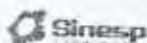
Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAZ0915	Número do Chassi 53560
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Pereira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO1629	Número do Chassi 02004
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150	Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento médico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR. 2018

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Senador Hélio

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
603: Embriaguez (Art. 62 da LCP)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Idade 38

Profissão: Babá

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 108

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 27

Profissão: Garçon

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 43

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nicolia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº: 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 32

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: S-29

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 108

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da

Endereço

Município: Boa Vista - RR

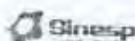
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAZ0915	Número do Chassi 53560
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Norato Pereira	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO1629	Número do Chassi 02004
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150	Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
DANIEL HONORATO PINHEIRO	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar, acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da polícia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento médico o mesmo encontra-se no HGR. Os condutores nos informaram que: o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve perícia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlone Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima asservidas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339 Denúnciação Caluniosa e 349 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR 2018

ANTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE Ocorrência Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL**

COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 03h, do dia 21/01/2018, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no BO nº 003143/2018 – Plantão Central; QUE os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; QUE O PRESENTE BOLETIM DE Ocorrência É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS

Priscila Osório Carneiro
PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

Daniel Honorato Pinheiro
DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE



**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 ABR. 2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Wesley Honorato Pereira

CPF da Vítima

529.989.632-32

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Bo Vista, 22 de Fevereiro de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Wesley Honorato Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

25 ABR. 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 443/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Daniel Renato Pinheiro

CPF da Vítima

528.989.632-32

Data do Acidente

21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o encaminhamento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em ressarcir a perda financeira decorrente da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da extensão e situação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Bom Vista, 30 de Fevereiro de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Daniel Renato Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


DALI.001 V001/2017

25 ABR. 2018

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	
UNIDADE: Bravo I		EQUIPE: Frc. Douglas Costa Junior		SAMU 192	
Paciente: Daniel Monarato Pinheiro		Idade: 27		Sexo: M	
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca		Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia <input type="checkbox"/>	
Endereço: Av. N. 23		Bairro: S. Adão Campo			
Nº 1164		DATA 23/01/2018		HORA J/9: 7:40	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. Carlos		HORA J/10: 7:17		BASE <input type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO	
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO traumático					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>					
MECANISMO DE TRAUMA:					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espacamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	
PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alçada aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Alogamepio <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:	
AVALIAÇÃO INICIAL:					
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	
AVAL. NEUROLÓGICA					
<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelmente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV					
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C
Início 7:00	130x70	90	19	99	
Fim	130x70	90	18	99	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:					
Pele		Cabeça		Face	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	
Pescoço		Tórax		Abdome	
<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Erisipela subcutânea		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tampopamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
Peixe		Coluna Dorsal		MMSS	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	
MMII		QUEIMADURAS			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação		CABEÇA PESCOÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENITALIA MID VUE MD ME TOTAL %			
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA DE DOENÇA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fúter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Requirência <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso mo	
GRAVIDADE COMPROVADA		TIPOLOGIA		RESOLUÇÃO INCOMPATÍVEIS COM A VIDA	
MILOSO		PEQUENA		SEVERA	
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		23 JAN 2018		SOLICITE MEIOS ACIONADOS	
INCIDENTE		RCP		OBSERVAÇÕES	
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Reposta de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Reposta de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Iniciada as <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	
DESTINO					
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotta Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros	

25 ABR. 2018



**Eletrobras**
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223


VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 296780

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 3
BURITIS 69309209 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO 1089161	MÊS 02/2018	PERÍODO DE CONSUMO 23-JAN-18 a 22-FEB-18
CONSUMO (kWh) 171	VENCIMENTO 11-MAR-18	TOTAL A PAGAR R\$ 133,76


OBSERVAÇÕES
- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120
autenticação mecânica

**Eletrobras**
Distribuição Roraima

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44
IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089161	MÊS 02/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 133,76
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000015.337600750000.000000001081.916102180053



25 ABR. 2018

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5AJ Z4ARQ WCJWA HTE4R



25 ABR. 2018

Eletrobras
Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0109029-1

000986275

CONSUMO (KWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
201	11/07/2018	144,86

JUNHO/2018

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021730

DADOS DA LEITURA	DATA	VALOR	DATA DA LEITURA
51321			25/06/2018
51120			24/05/2018
1,000			25/07/2018
201			22/06/2018
201			25/06/2018

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESIDENCIAL BI 2207345 N 1519404 1.1.1.2 183

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MAI/18 205	201	ILUMINACAO PUBLICA	123,44
ABR/18 255			31,42
MAR/18 282			
FEV/18 280			
JAN/18 207			
DEZ/17 183			
NOV/17 155			
OUT/17 142			
SET/17 124			
AGO/17 145			

TRF 18 SBN 1210705
R R 201 = 0,452770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 05/2018 164,77

Unidade consumidora solicita o suprimento de fornecimento de energia elétrica a partir de 10/07/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar suspensão do fornecimento de energia elétrica. Informamos que a unidade consumidora não possui débitos em relação à concessionária de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBN) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

8216.D6A0.D1F4.2C73.62CF.AEC2.D4B1.6EF5

COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALOR	IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES	VALOR
Consumo	55,09	Imposto de Renda	17,00%
Transmissão	0,00	Imposto de Renda	19,28
Distribuição	2,29	Imposto de Renda	0,41
Outros	21,62	Imposto de Renda	1,93

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Valor
8,85	17,70
35,40	8,46
16,92	33,84
4,82	0,00
0,00	0,00

FLORESTA

ROT: 5.001.12.04.021730

04/2018 56,77

Eletrobras
Distribuição de Energia

0109029-1

06/2018

11/07/2018

000986275 FCAM

836600000001 9 44160075000 5 00000000109 9 02910618008 5

144,86

SEQ.: 00152 UC: 0100000-1

Seguradora LÍDER <small>Sociedade Anônima de Seguro DPVAT</small>		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Pinheiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Daniel Honorato Pinheiro		529.989.672-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Garcia	Rua CC 20	180	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Kaua Moreira	Boa Vista	RR	69.318-095
E-mail:			Tel.(DDD):
Iloire@hotmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDA MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 6953	CONTA: 23762	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.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar uma das opções:			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima:		Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
Grau de Parentesco com a vítima:		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se tinha filhos, informar quantos Vivos: Falecidos:		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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			
Local e Data: Boa Vista - RR 23/05/19		TESTEMUNHAS	
Nome: Daniel Honorato Pinheiro		1ª Nome: _____	
CPF: 529.989.672-72		CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		Assinatura	
x Daniel Honorato Pinheiro		2ª Nome: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura	
Assinatura do Procurador (se houver)			



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/biblioteca/web/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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Ilói Imaculada de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Henrique Pinheiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidar da vítima
Daniel Henrique Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.989.672 / 72 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número	<u>183,2</u>	Complemento	<u>Ap 04</u>	
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP	<u>69.309-209</u>
Email	<u>ILOIERRR@HOTMAIL.COM</u>			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(95) 99954-4282</u>			

Boa Vista 23 de Abril de 2018,
Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018



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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura 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 Ilvair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 389.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Honorato Pinheiro inscrito
(a) no CPF sob o Nº 509.989.672 / 72 do sinistro de DPVAT coberto(a) Jonakley da Vítima
Daniel Honorato Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 509.989.672 / 72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número	<u>1882</u>	Complemento	<u>Ap 04</u>
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
E-mail	<u>JLOIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>69.309-209</u>	
				<u>(95)99154-4282</u>	

Boa Vista 23 de Abril de 2018,
Local e Data


Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

25 ABR. 2018

FICHA DE ATENDIMENTO N°

PREFEITURA BOA VISTA UNIDADE **Bravo I** EQUIPE **Frederico Douglas Costa Junior**

Paciente: **Daniel Morante Pinheiro** Idade: **27** Sexo: **M**

Nacionalidade: **Brasileira** Raça: **Branca** ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia

Endereço: **Av. N. 23** Bairro: **Alto Campes**

DATA: **23/03/2018** HORA: **2:40** BASE: ☐ VIA (M) ☒ RÁDIO

Médico (M) Regulador (M) CRM: **0000** HORA: **2:47** ☐ CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☒ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO **Exame físico**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☒

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO X <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X VAZÃO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Abandonamento <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Pêlo <input type="checkbox"/> Gancho	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espionamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Química <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	---	--

AVIAÇÃO / JET

VIAS AERÉAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros:	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Róncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Espandimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Angedma <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAL. NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> AVON <input type="checkbox"/> Mose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D. I. E. <input type="checkbox"/> Apontamento Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
---	---	--	--

SINAIS VITAIS E ENDOXES

Hora	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Oximetria	Esc. visual "DOR"	APGAR
Início 3:00	90/70	90	19	99				
Fim 3:30	90/70	90	18	99				

AValiação de ferimentos

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdomen
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Clorótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Alargamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mordida	<input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Edema na glote	<input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tampamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Enfiamento	<input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Desvio do eixo <input type="checkbox"/> Em grito <input type="checkbox"/> Dorso <input type="checkbox"/> Escoriação

Peixe

Peixe	Coluna Dorsal	MMS	MMS
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação

QUEIMADURAS

CARCA	PESSO	TRAX	ANTER	VERO	POSTER	ANTER	VERO	POSTER	TOTAL %

AValiação Cardíaca

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Faltas	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Refluxo <input type="checkbox"/> Metabolica <input type="checkbox"/> Glândulas <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Pielite <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicção de uso: 452
---	---	---	--	---	--

AValiação Clínica

<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Refluxo <input type="checkbox"/> Metabolica <input type="checkbox"/> Glândulas <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Pielite <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Medicção de uso: 452
---	--	---	--

CONDIÇÃO: CONFIADA **PEQUENA** **EMERG** **SEVERA** **EXESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA**

INCIDENTE

<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Registra de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Registra de hospitalização <input type="checkbox"/> Tóte <input type="checkbox"/> Bombeiro no local	<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:
--	--

ICP

<input type="checkbox"/> Incidido as <input type="checkbox"/> ICP com sucesso <input type="checkbox"/> ICP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:	<input type="checkbox"/> Férreo as:
---	-------------------------------------

ESTADO

<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Hospital Morte	<input type="checkbox"/> Pol. Com. e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCBA <input type="checkbox"/> HAMBON	<input type="checkbox"/> Hosp. Des. Clinica - RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Loto Ins - RJ <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	--

23 JAN 2018

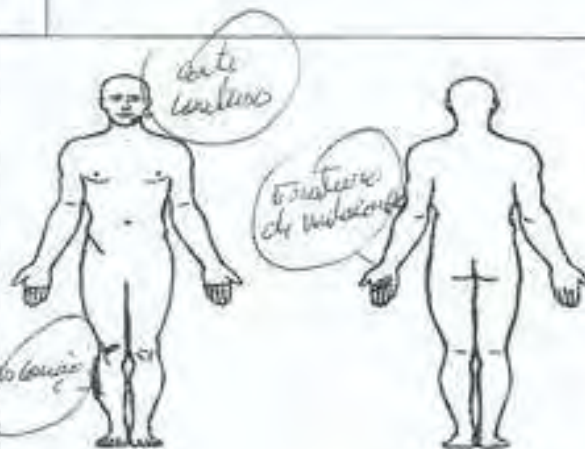
DOCUMENTO ORIGINAL

25.03.2018

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	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		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

1. Alerteza Ocular (O):	Respostas	4 pontos
	Estímulo verbal	1 ponto
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Índice Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	2 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (desarticulação)	3 pontos
	Extensão (desarticulação)	2 pontos
	Sem resposta (flaccidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incoerentes	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Frações ósseas p/ uma ocorrência de natureza traumática pela queda de escada moto x moto. Vítima desorientada e pouco consciente, apresentando lesões de natureza fechada de membros superiores, Coste Lesões, no momento da chegada, encaminhada para o Hospital, onde foi realizada a cirurgia, o qual, de acordo com o médico, já está mais orientado e evoluiu p/ O.G.T. H62

DOCUMENTO ORIGINAL

EM 23/03/18
Stephanie

Doença
917048

25 ABR. 2018

76110018

Via 3 por 1
HISTÓRICO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3300 - AEROPORTO

HGR

21/04/2018 04:04:12

FICHA DE ATENDIMENTO TETRAIMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente DANIEL HONORATO PINHEIRO Data de Nascimento 27/04/1990 Idade 27 A 8 M 24 D CNS CPF 000000000000000000 Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo M Estado Civil Solteiro Razão Cor Naturalidade Nacionalidade Brasileira

Raimunda Honorato da Silva Endereço Rua - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADÃO - BOA VISTA - RR Ocupação

Classe de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° do Cartão Validade Autorização Situação Pré-natal

Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Passo Pressão

Solo Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal Análise de sangue e urina Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermeiro GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) 12:00 - 12:30

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares RAIO-X ULTRA-SOM TC SANGUE URINA EEG OUTROS

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

DOCUMENTO ORIGINAL

Conduta Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revelar Transferência para Autopsia

Wendell Rabelo Médico (CRM-RR 1965)

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

ébito Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 21/04/2018 04:04:01

25 ABR. 2018

TRANSMISSÃO

E. F. Allen

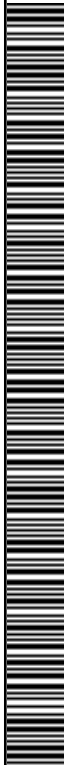
Parente, 1871
e prot. 1871
e 1871 con futura imposta
di F. 1. di 1871 Q.D.E. +
3^a parte D + F. 1. di 1871 Q.D.E.
C.D. 1871 + anti 1871 +
anti 1871 + Att.
C. 1871 + 1871
- 1871 + 1871

PAUL C. EDWARDS, JR.
DEPUTY
CHIEF OF POLICE

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 08-28-2001 BY 60322 UCBAW

DOCUMENTO
ORIGINAL

25 ABR. 2018



SEUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO PACIENTE				2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
HGR				HGR	
3 - ENDEREÇO DO PACIENTE				4 - CID	
Raimunda Honorato da Silva				11	
5 - DATA DE NASCIMENTO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
29/04/90				163538	
7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				8 - CID	
Raimunda Honorato da Silva				11	
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				10 - CID	
Rua CC20 180, Conjunto Cidadania				11	
11 - BAIRRO DE RESIDÊNCIA				12 - CID	
Bor. Linda				11	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
14 - CONDIÇÕES DA INTERNAÇÃO					
15 - PROGNÓSTICO					
16 - OBSERVAÇÕES					
17 - PROCEDIMENTO SOLICITADO					
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
20 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
21 - DATA DE AUTORIZAÇÃO					
22 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
23 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
24 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
25 - DATA DA INTERNAÇÃO					
26 - DATA DA SAÍDA					
27 - DATA DO RETORNO					
28 - DATA DO SEGUIMENTO					
29 - DATA DO SEGUIMENTO					
30 - DATA DO SEGUIMENTO					
31 - DATA DO SEGUIMENTO					
32 - DATA DO SEGUIMENTO					
33 - DATA DO SEGUIMENTO					
34 - DATA DO SEGUIMENTO					
35 - DATA DO SEGUIMENTO					
36 - DATA DO SEGUIMENTO					
37 - DATA DO SEGUIMENTO					
38 - DATA DO SEGUIMENTO					
39 - DATA DO SEGUIMENTO					
40 - DATA DO SEGUIMENTO					
41 - DATA DO SEGUIMENTO					
42 - DATA DO SEGUIMENTO					
43 - DATA DO SEGUIMENTO					
44 - DATA DO SEGUIMENTO					
45 - DATA DO SEGUIMENTO					
46 - DATA DO SEGUIMENTO					
47 - DATA DO SEGUIMENTO					
48 - DATA DO SEGUIMENTO					
49 - DATA DO SEGUIMENTO					
50 - DATA DO SEGUIMENTO					
51 - DATA DO SEGUIMENTO					
52 - DATA DO SEGUIMENTO					
53 - DATA DO SEGUIMENTO					
54 - DATA DO SEGUIMENTO					
55 - DATA DO SEGUIMENTO					
56 - DATA DO SEGUIMENTO					
57 - DATA DO SEGUIMENTO					
58 - DATA DO SEGUIMENTO					
59 - DATA DO SEGUIMENTO					
60 - DATA DO SEGUIMENTO					
61 - DATA DO SEGUIMENTO					
62 - DATA DO SEGUIMENTO					
63 - DATA DO SEGUIMENTO					
64 - DATA DO SEGUIMENTO					
65 - DATA DO SEGUIMENTO					
66 - DATA DO SEGUIMENTO					
67 - DATA DO SEGUIMENTO					
68 - DATA DO SEGUIMENTO					
69 - DATA DO SEGUIMENTO					
70 - DATA DO SEGUIMENTO					
71 - DATA DO SEGUIMENTO					
72 - DATA DO SEGUIMENTO					
73 - DATA DO SEGUIMENTO					
74 - DATA DO SEGUIMENTO					
75 - DATA DO SEGUIMENTO					
76 - DATA DO SEGUIMENTO					
77 - DATA DO SEGUIMENTO					
78 - DATA DO SEGUIMENTO					
79 - DATA DO SEGUIMENTO					
80 - DATA DO SEGUIMENTO					
81 - DATA DO SEGUIMENTO					
82 - DATA DO SEGUIMENTO					
83 - DATA DO SEGUIMENTO					
84 - DATA DO SEGUIMENTO					
85 - DATA DO SEGUIMENTO					
86 - DATA DO SEGUIMENTO					
87 - DATA DO SEGUIMENTO					
88 - DATA DO SEGUIMENTO					
89 - DATA DO SEGUIMENTO					
90 - DATA DO SEGUIMENTO					
91 - DATA DO SEGUIMENTO					
92 - DATA DO SEGUIMENTO					
93 - DATA DO SEGUIMENTO					
94 - DATA DO SEGUIMENTO					
95 - DATA DO SEGUIMENTO					
96 - DATA DO SEGUIMENTO					
97 - DATA DO SEGUIMENTO					
98 - DATA DO SEGUIMENTO					
99 - DATA DO SEGUIMENTO					
100 - DATA DO SEGUIMENTO					

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

2020-4-15

UNIDADE/SECTOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

DATA/HORA:

PRESCRIÇÃO:

HORARIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

21/01/13	1) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	SAU 18:00
	2) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	SA-93/154
	3) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	PE. 63
	4) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	TR. 360
	5) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	6) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	7) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	8) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	9) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	10) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	11) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	12) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	13) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	14) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	15) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	16) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	17) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	18) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	19) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	20) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	21) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	22) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	23) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	24) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	25) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	26) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	27) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	28) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	29) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	30) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	31) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	32) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	33) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	34) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	35) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	36) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	37) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	38) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	39) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	40) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	41) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	42) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	43) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	44) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	45) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	46) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	47) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	48) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	49) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	50) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	51) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	52) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	53) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	54) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	55) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	56) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	57) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	58) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	59) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	60) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	61) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	62) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	63) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	64) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	65) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	66) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	67) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	68) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	69) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	70) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	71) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	72) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	73) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	74) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	75) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	76) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	77) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	78) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	79) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	80) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	81) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	82) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	83) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	84) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	85) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	86) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	87) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	88) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	89) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	90) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	91) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	92) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	93) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	94) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	95) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	96) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	97) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	98) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	99) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14
	100) Suf. Ind. em TPA	SD	18:18	21:00	23.14

 **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA** 
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU - SU
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, ____ / ____ / ____, COM
DIAGNÓSTICO DE _____
NO DIA ____ / ____ / ____, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE _____ SENDO
OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____ / ____ / ____, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA ____ / ____ / ____, ÀS _____, COM O
DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

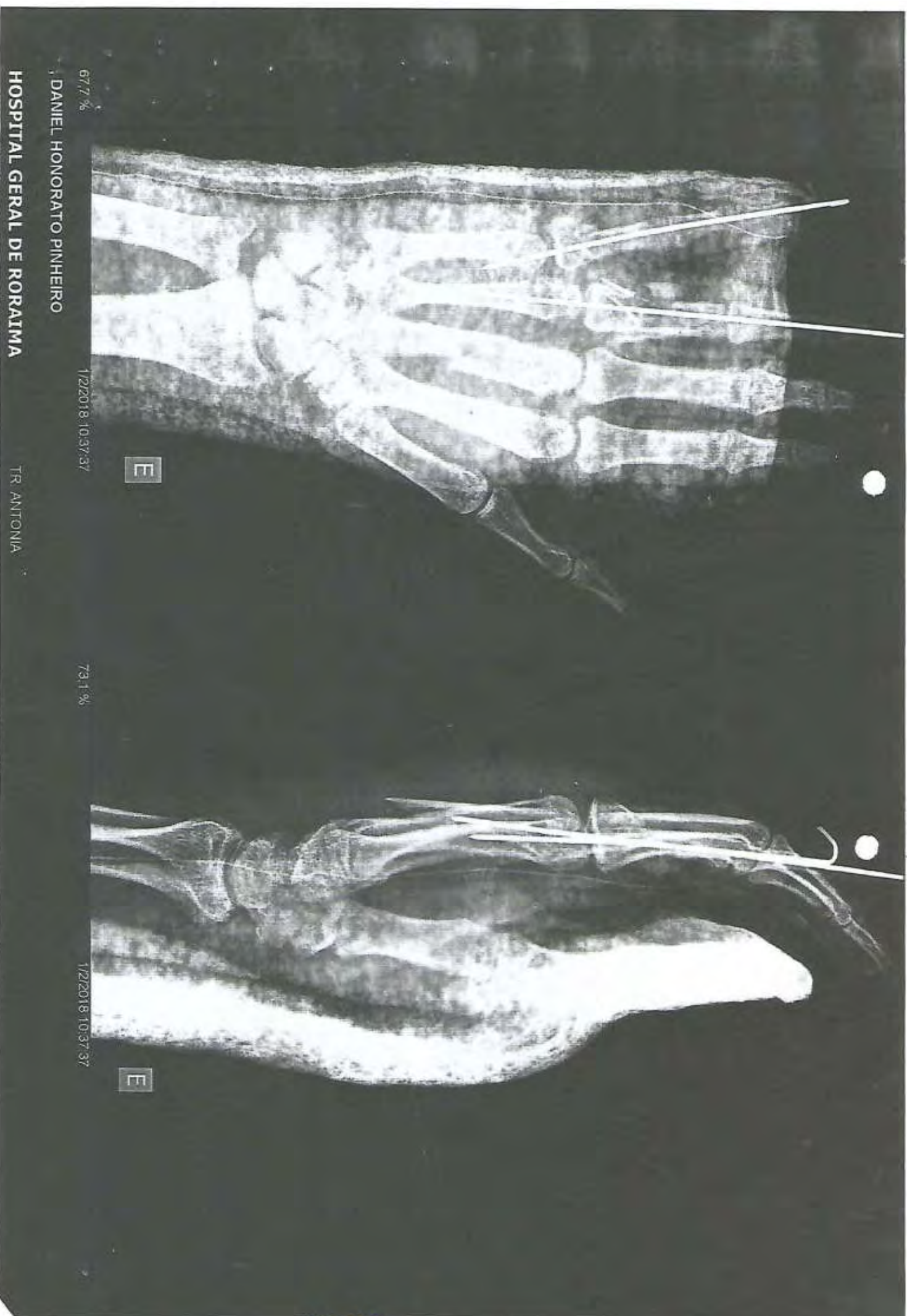
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL,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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, _____

Pedro C. Edson Junior
Médico
RORAIMA

25 ABR 2020



67,7 %

1/2/2018 10:37:37

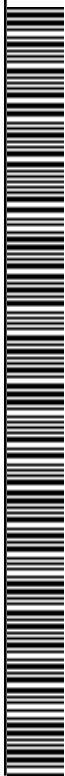
DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA

73,1 %

1/2/2018 10:37:37



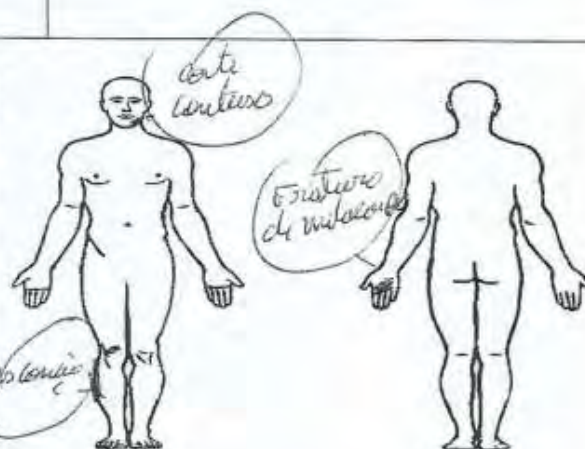


PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	
UNIDADE: Bravo I		EQUIPE: Frc. Douglas Costa Junior		SAMU 192	
Paciente: Daniel Monarato Pinheiro		Idade: 27		Sexo: M	
Nacionalidade: Brasileira		Raça: Branca		Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia <input type="checkbox"/>	
Endereço: Av. N. 23		Bairro: S. Adão Campo			
Nº 1164		DATA 23/01/2018		HORA J/9: 7:40	
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Dr. Carlos		HORA J/10: 7:17		BASE <input type="checkbox"/> VIA <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO	
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO traumático					
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>					
MECANISMO DE TRAUMA:					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
<input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO X <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro		<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado		<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espacamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	
PEDESTRE		MOTOCICLETA / BICICLETA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alçada aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Alogamepto <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:	
AVALIAÇÃO INICIAL:					
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	
AVAL. NEUROLÓGICA					
<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelmente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV					
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C
Início 7:00	130x70	90	19	99	
Fim	130x70	90	18	99	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:					
Pele		Cabeça		Face	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	
Pescoço		Tórax		Abdome	
<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Erisipela subcutânea		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tampopamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento		<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	
Peixe		Coluna Dorsal		MMSS	
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	
MMII		QUEIMADURAS			
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação		CABEÇA PESCOÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENITALIA MID VUE MD ME TOTAL %			
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA DE DOENÇA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fúter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Requirença <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso mo	
GRAVIDADE COMPROVADA		TIPOLOGIA		RESOLUÇÃO INCOMPATÍVEIS COM A VIDA	
MILOSO		PEQUENA		SEVERA	
Assinatura: Carimbo Médico (Unidade de Destino)		23 JAN 2018		SOLICITAÇÃO MEIOS ACIONADOS	
INCIDENTE		RCP		OBSERVAÇÕES	
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Reposta de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Reposta de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Iniciada as <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.:		<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	
DESTINO					
<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN		<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotta Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros	

PERÍENDE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	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		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

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	6 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

Fernando acordou p/ uma ocorrência de natureza traumática pela queda de sua cadeira moto x moto. Vítima de um acidente automobilístico, apresentando lesões múltiplas, com fraturas fechadas de membros superiores, dor intensa, Costa Contusa, no seguimento do quadril, edema no dorso, apresentando PO: Comunicado, o Centro de Referência, que nos orientou a conduzir p/ O.C.T: HGR

DOCUMENTO ORIGINAL

EM 23/03/18
Stephania

Doc 917048

25 ABR. 2018

21/01/2018
Visa por: *Wendell Rabelo*
22/01/18
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

991303331
HGR

1800897185 21/01/2018 04:04:12 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: DANIEL HONORATO PINHEIRO Data de Nascimento: 27/04/1990 Idade: 27 A 8 M 24 D CNS: CPF: Prontuário:

IDENTIDADE: RAIMUNDA HONORATO DA SILVA Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO(A) Parda Raça/Cor: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mão: Endereço: RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal:

Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ALEXSANDRO PEREIRA

Queixa Principal: *Acidente de moto* ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): *Relato de acidente de moto ocorrido no dia 21/01/2018, às 18h, no km 10 da rodovia BR-163, sentido Boa Vista - Roraima. O paciente sofreu trauma no tórax e abdômen, com dor intensa no local de impacto.*

Exame Físico: *Relato de trauma no tórax e abdômen, com dor intensa no local de impacto. Não há sinais de ferimento externo.*

Hipótese Diagnóstica: *Fratura de costela e fígado - Trauma contuso abdominal.*

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

PRESCRIÇÃO: *1. Dipirona 1g PO q 6h
2. Paracetamol 500mg PO q 6h
3. Soro fisiológico 100ml
4. Colapso no 2º aparelho (EP)
5. Deu mal 100mg + 100mg, 2x EV q 6h
6. Atc.*

APRAZAMENTO: *04/02*

OBSERVAÇÃO: *DOCUMENTO ORIGINAL*

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: *UTI*

Wendell Rabelo Médico CRM-RR 1965 ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: *11/01/2018 11h*

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: *Julia*

Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 21/01/2018 04:04:11

25 ABR. 2018

1800897185

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8SP 4VW57 YE46C WJLWU



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: 21/01/18	U.S. _____

João Alves Barbosa Filho

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

patina exposta não (C)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

LMC + Refia de FV

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Aldemar

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Brune

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

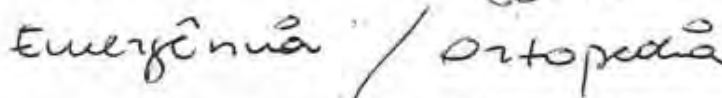
DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Pac SDH sob anestesia
- 2) oxipnóico + analgésico
- 3) campo estéril
- 4) LMC vagrosa c/ SFO, 7%
- 5) Refia c/ vygon
- 6) pele gessada
- 7) Tyroia
- 8) R&A

25 ABR. 2018





FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

14

7. Tenoxicam 40mg EV
8. Propofol 30mg EV
9. Diprion 2g EV

25 APR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RECEITA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Daniel Honorato Pinheiro						21 / 01 / 19	
TIPO				CIRURGIA			
Osteossíntese M50				TEMPO DE DURAÇÃO			
				INICIO		FIM	
				09:55		10:15	
CIRURGIÃO				EQUIPE MÉDICA			
Di Wilderson				ANESTESISTA:		Dra. Eulene	
1º AUXILIAR				RES. ANESTESIA:		Res: Flávia + Celio	
2º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
				CIRCULANTE		Lili + Soares + Miracy + Luciana	
TIP. DE ANESTESIA: B P B				Wellington + Milena			
QUANT.				TEMPO DE DURAÇÃO:			
MATERIAIS		VALOR		QUANT		MEDICAMENTOS	
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			1	1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE					FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0					FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5					FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0					FIO MONONYLON Nº 3:17	
	LUVA ESTERIL 8.5					FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/PROCEDIMENTO					FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº					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	
1	SERINGA 01ML					SURGICEL	
	SERINGA 03ML					CERA P/ OSO	
2	SERINGA 05 ML					KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML					GEOFOAM 6x6x6cm	
3	SERINGA 20ML					FITA CARDIACA 30cm	
5	Eletrodos					OUTROS: Clorexidina	
1	cofretes 02			100ml			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL	
		Stephanie + Orika					
FUNÇÃO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
		Lili + Miracy + Luana + Wellington + Soares + Milena		TAXA DE ANESTESIA			
						SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							

25 APR. 2018

25 ABR. 2018

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Daniel Teodoro Pinheiro Anestesta: Evelyn

Identificação do paciente: 11

PACIENTE CONSCIENTE: ☒ Sim ☐ Não

Consentimento: ☒ Sim ☐ Não

TESTE CIRCUITO: ☒ Sim ☐ Não

Aplicar: ☒ Não se Aplica

PROCEDERIMENTO: ☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA INCLUIDA: ☒ Sim ☐ Não se Aplica

OXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO: ☒ Sim ☐ Não

PACIENTE POSSUI:

LERGIA CONHECIDA: ☐ Sim ☒ Não

ALERGIA DO FARMACO DE ASPIRAÇÃO: ☐ Sim ☒ Não

Sim, e equipamento disponível

SCIO DETRIDA 3% IGUINEA > 500 ml

Sim, e uso adequado e planejamento

Res. Anestesiologia CRM/RR/18/16

Assinatura: Manoel Marques Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente: ☒ Sim ☐ Não

Procedimento: ☒ Não se Aplica

EVENOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRÚRGIO: ☒ Sim ☐ Não

Quais são os riscos críticos ou inesperados, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: ☒ Sim ☐ Não

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: ☒ Sim ☐ Não

Deferimentos necessários, como instrumentais, próteses e outros estoques presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. ☒ Sim ☐ Não se aplica

Sim, Quant: 1 Hora: 1

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. ☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO: ☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS: ☒ Sim ☐ Não

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO PACIENTE: ☒ Sim ☐ Não

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO: ☒ Sim ☐ Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE: ☒ Sim ☐ Não

Sim, Não se Aplica

Assinatura: Manoel Marques Hora: 09:00

25 ABR. 2018

 **HOSPITAL GERAL DE RORAIMA** 
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Daniel Henrique Faria 24 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE fraturas de múltiplos Dents
NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de múltiplos Dents SENDO
OPERADO PELO DR. Albino E DR. Guaraci
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18 ÀS 12:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18 ÀS 14:00 HORAS, COM O
DR. Albino

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 SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Albino

BOA VISTA. 03/02/18

25 ABR. 2018

MÉDICO



21/11/2018 04:06:28

70.0 %

21/11/2018 04:06:28

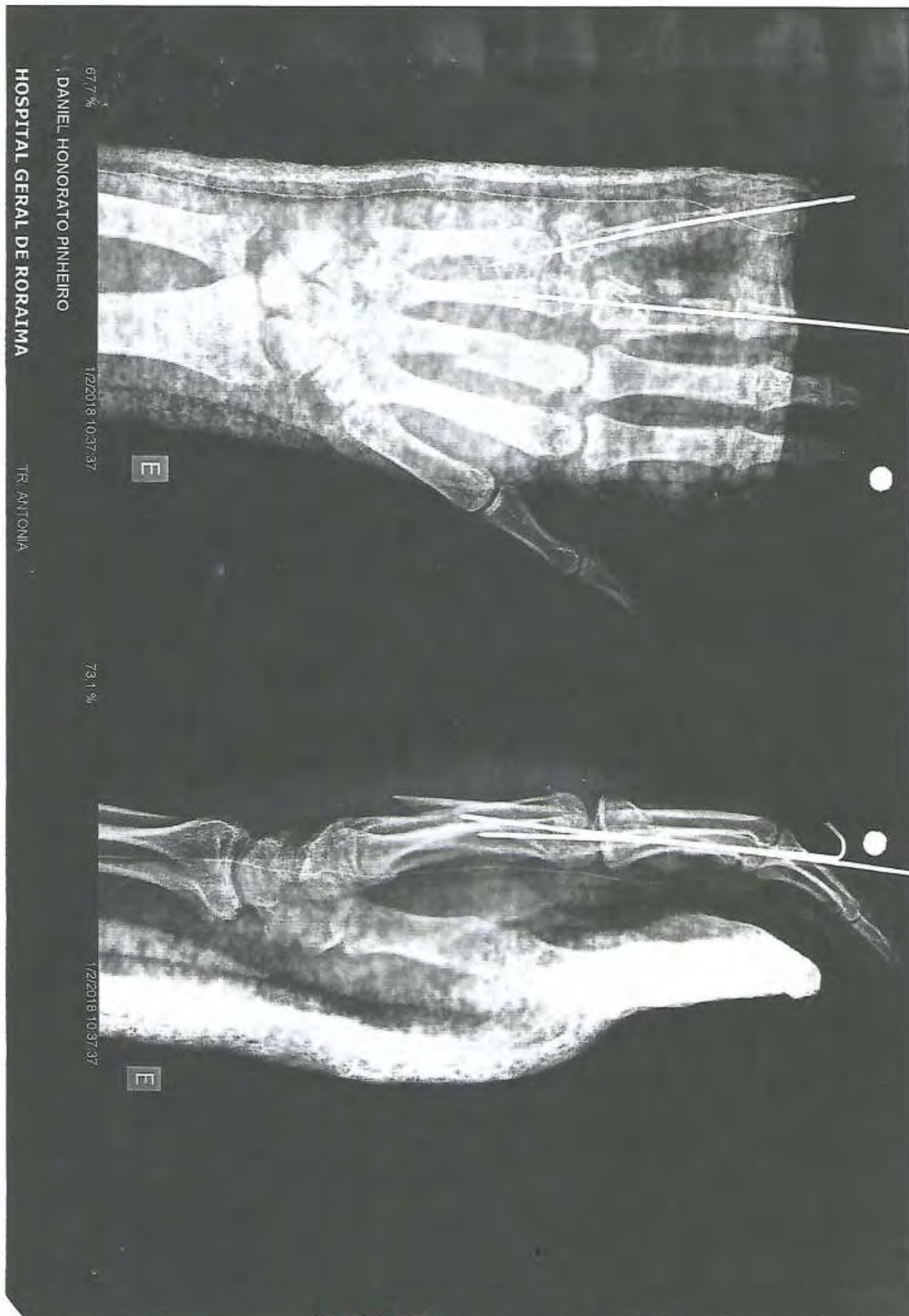
72.3 %

DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

THIAGOS SOU





67.7 %

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

1/2/2018 10:37:37

E

73.1 %

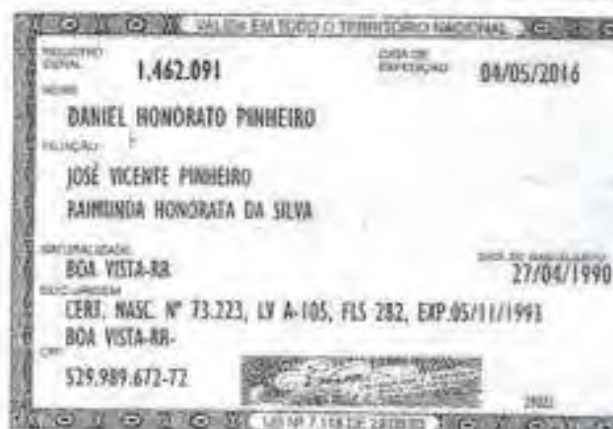
1/2/2018 10:37:37

E

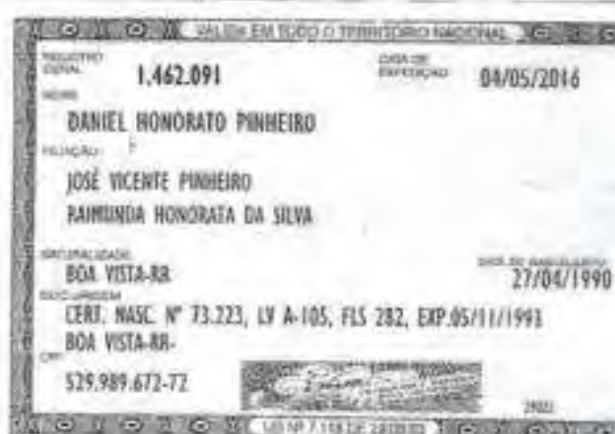
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA





25 ABR. 2018



25 APR. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAR
114807 SSP RJ

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

PLACAO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

OMIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSAO
AC - CATEGORIA AB

Nº REGISTRO
01161912304

VALIDADE
28/01/2020

INABILITACAO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
NOVA VISTA - BOBATA

DATA DE EMISSAO
30/01/2015

ASSINATURA DO EMISOR

92495240615
PR207968020

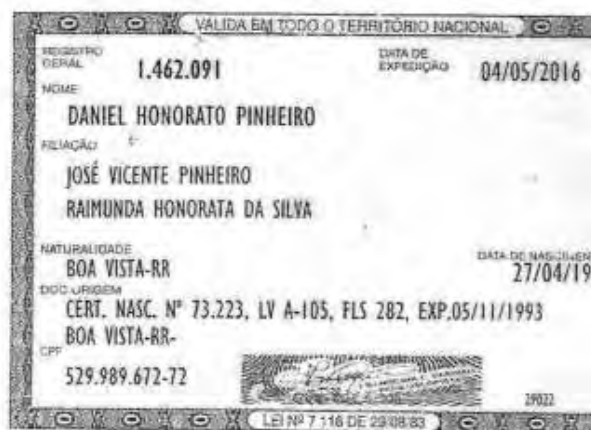
PROIBIDA PLASTIFICAR

980151096

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

980151096





25 ABR. 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE - INCL. EMISSOR/UF
114807 SSP RR

CPF
383.051.517-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
0110192304

VALIDADE
28/01/2020

Nº HABILITAÇÃO
15/12/1999

RESERVAÇÃO

ASSINADO - INCL. EMISSOR/UF

LOCAL
BOA VISTA - RO AIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - RR - C/D - AIMP

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980151096

PROIBIDA PLÁSTICA
980151096

TRABALHADOR	
<p>Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br</p>	
<div>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</div> <div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div> <div>PIS/PASEP 201.73710.78-0</div> <div>NÚMERO 6819147 SÉRIE 0030 UF RR</div> <p><i>Daniel Honorato Pinheiro</i></p> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <div>POLEGAR DIREITO </div> <p>03</p>	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO TOCANTINS SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
	<i>Daniel Honorato Pinheiro</i> ASSINATURA DO TITULAR
POLEGAR DIREITO 	
CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	



DANIEL HONORATO PINHEIRO	
FILIAÇÃO.....	JOSE VICENTE PINHEIRO RAIMUNDA HONORATA DA SILVA
NASCIMENTO.....	27/04/1990 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO
NATURALIDADE:	BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....	C. I. 271180 14/01/2003 SESP RR
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF.....	529.989.672-72 CNH.....
TIT. ELEITOR:	SEÇÃO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 04/07/2011	
 ASSINATURA DO EMISSOR	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CEEPA. 1.462.091	DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016
NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO	
FILIAÇÃO JOSÉ VICENTE PINHEIRO RAIMUNDA HONORATA DA SILVA	
NATURALIDADE BOA VISTA-RR	DATA DE NASCIMENTO 27/04/1990
DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993 BOA VISTA-RR-	
CPF 529.989.672-72	 LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

Seguradora LIDER <small>Administradora de Seguro DPVAT</small>		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Horacio Pinheiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Daniel Horacio Pinheiro		529.989.672-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Garçom	Rua. do ZC	180	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Joaquim Moreira	Boa Vista	Paraná	69.318-095
E-mail:	Tel. (DDD):		
gibria@hotmail.com	(91) 9125-9536		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 139-897	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.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima:		Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vítima teve filhos?	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	Vítima deixou pais/avós vivos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vivos: _____ Falecidos: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.			
Local e Data, <u>Rua. do ZC, 08-11-2019</u> Nome: <u>Daniel Horacio Pinheiro</u> CPF: <u>529.989.672-72</u>		TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 			
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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 uma das mãos	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: 3180364560 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METACARPO E DEDOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Homensato Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CCZO Nº 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 204 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P Galvão Nº 1832 Buriti

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

DOCUMENTO
ORIGINAL

Buriti-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA



Daniel Homensato Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



25 ABR. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honorato Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua CC30 N° 180 conjunto cidadãos

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 204 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua Antonio P Galvão N° 4832 Brasília

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

DOCUMENTO
ORIGINAL

Boa Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA



Daniel Honorato Pinheiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



25 ABR. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288637/18

Número do Sinistro: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

CPF: 529.989.672-72

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 21/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL HONORATO PINHEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2018
Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO
CPF: 529.989.672-72

DANIEL HONORATO PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 878.291.693-49

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA





Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Nº Sinistro: **3180364560**

Vítima: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Data do Acidente: **21/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ILOIR INACIO DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364560**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13213200

Pag. 01979/01980 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8SP 4YW57 YE46C WJLWU



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Nº Sinistro: 3180364560
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data do Acidente: 21/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364560**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00817/00818 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13213201

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8SP 4YW57 YE46C WJLWU





Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Carta nº 13470361

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180364560 ASL-0288637/18
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data Acidente: 21/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00049/00050 - carta_25 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8SP 4YW57 YE46C WJLWU



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Carta nº 13632470

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180364560 ASL-0288637/18
Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO
Data Acidente: 21/01/2018
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180364560**

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180364560**

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_25 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8SP 4YW57 YE46C WJLWU



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL HONORATO PINHEIRO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000023762-2

Autenticação:

BB82407C6B20E178CBCB96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9





Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Racionalização e Simplificação
Departamento de Registro Empresarial e Integração
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

33.3.0028479-6

Type: **Text**

Sociedade anônima

Don't be Entrepreneurial

Normal

NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Salute(s): 102595004

Hash: ECC52023-0730-4232-8033-7CC99430A9D4

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

**REQUERIMIENTO**

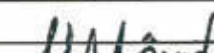
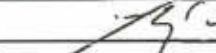
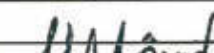
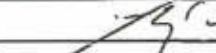
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-5 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD5974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 2/13



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



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

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

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

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucec.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEC RJ
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



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

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

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

Ch *Luc*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro, Rio de Janeiro CEP 20031-205



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

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

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



JUCERJA
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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





14

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelas reuniões de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017.

I - Aumento do capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 3.155.951,81, o valor em 179.246.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal;

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resultar que o pato de R\$ 180,140,60 do aumento de capital subscrito deverá ser integralizado até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ n.º 09.348.000/01-04, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria de IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direp n.º 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 168, artigo 1, item II, "... na reunião do conselho de administração realizada em 1º de novembro de 2017", leia-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria,
Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,
QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional n.º 14, de 18 de maio de 2012, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos:

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Transporte de Carga Rodoviária Destinadas ao Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2018, seção 01, página 48;

Considerando que o Inmetro é a entidade par a autoridade competente a dispor no § 1º do art. 3º do Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, deve atuar a adequação das veículos e dos equipamentos rodoviários destinados a esse fim;

Considerando a necessidade de substituição do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de transporte de tanques de carga rodoviária;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro n.º 16/2018, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo:

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Diconf
Rua Santa Apolónia, n.º 416 - 3º andar - Rio de Janeiro

Cep 20.261-232 - Rio de Janeiro - RJ
Art. 2º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2018 pelos Anexos A e D anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2018 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.

Art. 4º Ficam incluídos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2018, as seguintes alterações:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, uma vez que, conforme o conteúdo do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENI), com o objetivo de colher subsídios para a definição de posicionamentos do governo brasileiro no âmbito da coordenação do Comitê Técnico n.º 1, de Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CT-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DENI por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 70013-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser encaminhadas mediante e-mail eletrônico original do modelo padrão, disponível na página do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, no endereço comercio@mdic.gov.br, ou pelo endereço eletrônico comercio@mdic.gov.br, ou pelo endereço de correio eletrônico comercio@mdic.gov.br.

3. O encaminhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mdic.gov.br/infoc/comercio/mercado/mercado> ou pelo endereço de correio eletrônico comercio@mdic.gov.br.

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nomeação do CT-1, eventuais manifestações a respeito deverão ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

SITUAÇÃO ATUAL		SITUAÇÃO PROPOSTA	
2917.20.08	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados	2917.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.1	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.11	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.12	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.13	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.14	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.15	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.16	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.17	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.18	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.19	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.20	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.21	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.22	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.23	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.24	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.25	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.26	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.27	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.28	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.29	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.30	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.31	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.32	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.33	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.34	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.35	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.36	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.37	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.38	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.39	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.40	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.41	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.42	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.43	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.44	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.45	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.46	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.47	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.48	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.49	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.50	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.51	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.52	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.53	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.54	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.55	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.56	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.57	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.58	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.59	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.60	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.61	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.62	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.63	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.64	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.65	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.66	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.67	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.68	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.69	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.70	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.71	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.72	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.73	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.74	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.75	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.76	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.77	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.78	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.79	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.80	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.81	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.82	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.83	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.84	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.85	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.86	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.87	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.88	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.89	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.90	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.91	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.92	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.93	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.94	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.95	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.96	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.97	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.98	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.99	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados
		2917.20.00	Acidos poliacetabólicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012018012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/8/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E6CF8FDF5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13





4996507

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

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

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

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

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

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

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 1 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996508

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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

Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996509

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

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

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996510

convocada.

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

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

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

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

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

Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996512

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

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

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

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

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

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

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

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

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

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

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

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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996513

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

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

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

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

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

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

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996514

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

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

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

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

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

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

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

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996515

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

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

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

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

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

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

de março de 1967.

XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

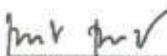
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados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

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

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

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


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


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

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

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL	Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000	ADB28690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HÉLIO BITTON RODRIGUES e JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000529453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ		
Em testemunho da verdade.	Serventia Paula Cristina A. D. Gaspar	3.9% Escrevente
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.	Total	CTPS 46062 série 06077 ME
ELCP-56891 HDE, ELCP-56892 GRS		Art. 20 § 3º Lei 8.936/94
Consulte em https://ww3.tirri.jus.br/sitepublico		



SUBSTABELECIMENTO

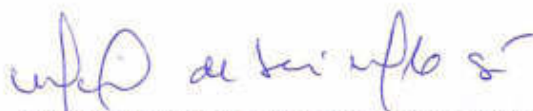
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA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





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

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS

OAB/RJ 135.132



02/04/2020: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA.

Data: 02/04/2020

Movimentação: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA

Complemento: Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 04/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 11.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

07/04/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 07/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO

2709084- C3/ 2020-01348/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 3 de abril de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



			N° DA CONTA JUDICIAL 2600134325406		
N° DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 01/04/2020		AGÊNCIA (PREF / DV) 3797	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
DATA DA GUIA 31/03/2020		N° DA GUIA 2709084	N° DO PROCESSO 08087423720208230010		TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTICA
COMARCA BOA VISTA		ORGÃO/VARA 3 VARA CIVEL RESIDUAL		DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 200,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO				TIPO DE PESSOA Juridico	CPF / CNPJ
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE DANIEL HONORATO PINHEIRO				TIPO DE PESSOA Fisica	CPF / CNPJ 52998967272
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 4B61A261036740EB					
CÓDIGO DE BARRAS					



Data: 07/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 -
E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

CERTIDÃO

Certifico que a contestação apresentada no EP.12 é tempestiva. Assim, de ordem do MM. Juiz, intimo a parte autora para manifestar-se em réplica no prazo legal.

Boa Vista, 07 de abril de 2020.

RAFAEL DE ALMEIDA COSTA
Analista Judiciário



07/04/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 07/04/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (07/04/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

08/04/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 08/04/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2709084- C3/ 2020-01348/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho de fls. manifestar-se nos seguintes moldes:

A parte autora alega ser vítima de acidente de trânsito, encontrando-se supostamente inválido, razão pela qual, ajuizou a presente demanda com o fito de compelir a Ré ao pagamento do Seguro Obrigatório DPVAT no valor que entende devido.

Ocorre que a parte autora não juntou aos autos laudo pericial elaborado pelo Instituto Médico Legal com a devida graduação das supostas lesões sofridas, conforme exige a Lei 11.945/09 e Súmula 474, STJ.

Assim sendo, ante a ausência de graduação da alegada invalidez, questão controversa que ensejou a presente lide, requer a Ré **que o Juízo nomeie Perito Médico do IML ou outro órgão público, para a realização da perícia na parte autora, a fim de atestar a invalidez alegada, bem como quantificar a lesão de acordo com a Lei 11.945/09, e Súmula 474, STJ.**

Tendo em vista se tratar de prova constitutiva do direito autoral, em caso de impossibilidade da produção do referido laudo pericial pelo IML, deve o exame ser custeado pela parte autora por força do artigo 373, I do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de abril de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



18/04/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 18/04/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 04/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 15) JUNTADA DE CERTIDÃO (07/04/2020) e ao evento de expedição seq. 16.

Por: SISTEMA CNJ

25/05/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO.

Data: 25/05/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO

Complemento: Cumprimento de intimações - Referente aos eventos CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (19/03/2020), JUNTADA DE CERTIDÃO (07/04/2020)

Por: Johon Emerson de Souza Camilo

Relação de arquivos da movimentação:

- Impugnação à Contestação

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA - RR

Processo n.º 0808742-37.2020.0010

DANIEL HONORATO PINHEIRO, já qualificado
nos autos do processo em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, por
intermédio de seu advogado, apresentar IMPUGNAÇÃO A CONTESTAÇÃO, pelos
motivos de fato e de direito a seguir aduzidos.

I. - DOS FATOS ALEGADOS:

Em sede de contestação, em apertada síntese, a Ré
impugna todos os documentos anexados a inicial, na busca de se desvencilhar da
responsabilidade de indenizar os danos pessoais causados por veículos automotores
por via terrestre estabelecidas pela Lei 6.194/74, mesmo após a Autora ter comprovado
por meio de documentos com fé pública de médicos e estabelecimentos de polícia,
contestando de forma veemente os documentos acostados duvidando da veracidade,
com o intuito de intimidar o requerente de seu direito a ser ressarcido pelos danos
causados.



Como se verificará nas exposições realizadas, a Ré incorre também em diversas inconsistências em sua contestação, como a fundamentação em artigo revogado, até de situação não prevista na exordial pela Autora. Tudo isso demonstra uma conduta meramente protelatória, que deve ser considerada também no momento do deferimento da respeitável decisão, a fim de que não se reitere.

Resumidamente, a ré apresentou as seguintes teses defensivas, preliminarmente:

1. Do desinteresse na audiência de conciliação;
2. Ausência do laudo IML

No mérito, contesta as seguintes teses:

3. Da impugnação ao registro de ocorrência policial;
4. Falta de comprovação do Nexo Causal;
5. Da Dignidade Humana como princípio constitucional e da Constitucionalidade da Lei 11.945/09;
6. Do valor indenizatório de acordo com a Medida Provisória nº 451/2008, convertida na Lei 11.945/2009 e Súmula 474 do STJ;
7. Da necessidade de realização da perícia;
8. Da eventual incidência dos juros de mora e correção monetária;



9. Dos honorários advocatícios nos termos da Lei de assistência judiciária gratuita.

Destarte, é a presente para impugnar as teses lançadas em contestação pela Ré, bem como para tecer considerações sobre seus efeitos nos presentes autos.

II. - DA IMPUGNAÇÃO:

Compulsando os autos verifica-se, que a Autora pleiteou administrativamente o seguro e foi negado pela Contestante, isso indica que a Autora trouxe aos autos todos os documentos necessários a propositura da ação independente do boletim de ocorrência.

Quanto a impugnação ao registro de ocorrência policial, cabe esclarecer que a própria seguradora é quem solicita o documento para que seja analisado o pedido, sendo este um documento que serve de requisito para deferimento do seguro. Neste sentido, o requerente por meio deste registro, declara ser verdade o ocorrido, inclusive assinando que a falsa comunicação é crime.

Quanto a alegação de pagamento administrativo, este foi pago a menor, portanto devendo ser condenada ao pagamento correto.

No que tange o nexo de causalidade e a lesão **inexistente**, pugna a Requerida pela total improcedência do pedido tendo em vista que supostamente as provas juntadas aos autos são insuficientes para demonstrar que a lesão foi oriunda de acidente de trânsito, todavia, comprova-se através do Boletim de Ocorrência juntado (B.O.) que a Autora foi vítima de um acidente de trânsito no dia 07/08/2018 e sofrendo fratura, resultando em seqüela permanente do membro como pode se comprovar através dos documentos acostados à exordial.



No que tange a ausência do laudo do IML, a empresa Ré equivoca-se eis que, Tribunais pátrios entendem ser desnecessário do laudo do IML comprovando a lesão, senão vejamos:

Ementa: AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT
AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML -IRRELEVÂNCIA -
INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA -
RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO - Para a
propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT
não é indispensável a juntada, com a inicial, de
laudo do IML, motivo por que não se pode falar em
inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só
porque não veio instruída com tal documento. TJ-
MG - Apelação Cível AC 10024123336687001 MG
(TJ-MG) Data de publicação: 27/05/2014 (grifo
nosso)

Ementa: PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE
INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT -
INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL -
AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO
PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL -
SENTENÇA CASSADA. 1. Uma petição inicial está
apta a iniciar uma ação quando, além de
preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC,
permite à parte ex adversa a exata compreensão da
demanda, possibilitando-lhe o exercício do
contraditório como corolário da ampla defesa; e no
caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os
fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o



autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT . TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123061673001 MG (TJ-MG) Data de publicação: 28/04/2014 (grifo nosso)

Os Tribunais entendem ainda, que o Laudo do IML pode ser suprido pela perícia, senão vejamos:

Ementa: AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT - INVALIDEZ - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML CONSTANDO O GRAU DE LESÃO - PRESCINDIBILIDADE - POSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DURANTE A INSTRUÇÃO PROCESSUAL - INDEFERIMENTO DA INICIAL - INADMISSIBILIDADE - SENTENÇA CASSADA. - Entende-se como documento indispensável à propositura da ação, nos termos do artigo 283 do Código de Processo Civil, aqueles exigidos por lei, bem como os fundamentais, ou seja, os que constituem fundamento da causa de pedir. -A ausência do documento do IML discriminando o grau de lesão decorrente de acidente automobilístico não enseja o indeferimento da inicial, eis que a parte pode, no curso do processo, produzir as provas necessárias à aludida comprovação, para fins de recebimento do seguro DPVAT , tal como o requerimento de realização de perícia judicial. TJ-MG - Apelação Cível AC 10105120304966001 MG (TJ-MG) Data de publicação: 10/12/2013



Ementa: AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - INDEFERIMENTO DA INICIAL - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - QUESTÃO OBJETO DE PROVA PERICIAL A SER REALIZADA SOB CONTRADITÓRIO - A comprovação do grau de incapacidade do segurado constitui mérito da ação e não pressuposto para o ajuizamento da ação, cabendo, portanto, a devida dilação probatória. Recurso Provido. TJ-MG - Apelação Cível AC 10024123014946001 MG (TJ-MG)
Data de publicação: 18/03/2013 (grifo nosso)

Portanto, Excelência, não merece prosperar as alegações da Requerida, resta impugnado este item.

Quanto à dignidade humana, a Constituição Federal, assegura aos cidadãos o direito de pleitear a reparação dos danos causados por outrem, considerando tema de status constitucional, mais precisamente, direito fundamental, conforme elencado em seu art. 5º, inciso X da CRFB/88:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (grifo nosso).



O Código Civil de 2002 – CC/2002 também prevê em seu artigo 186 que *“Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”*. E também comete ato ilícito *“o titular de um direito que, ao exceder manifestadamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes”* conforme artigos 187 e 927 do Código Civil/2002 ficam obrigados a repará-lo.

Complementando, a norma legal em seu artigo 927 do Código Civil, em seu parágrafo único preconiza que *“Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos, especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”*.

Não mais, vemos que a Constituição Federal e o artigo 927 do Código Civil, prevê a reparação pelos danos causado a outrem, ratificado também em lei especial, devendo a Ré a ser condenada a reparação à violação ao direito do Autor.

Quanto falta comprovação dos danos afirmados pela Autora e necessidade de realização de perícia, o mesmo não se opõe, eis que irá provar através de laudo de profissional habilitado que possui invalidez permanente.

Quanto à aplicação dos juros e correção monetária, colaciono o seguinte julgado:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – DPVAT – PRELIMINAR DE AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL – INDEFERIMENTO DE PEDIDO DE PAGAMENTO OCORRIDO NA VIA ADMINISTRATIVA – PRELIMINAR AFASTADA – MÉRITO – PERITO QUE INFORMA TER O ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO PROVOCADO



NA VÍTIMA SEQUELAS QUE LEVAM À INCAPACIDADE FUNCIONAL PARCIAL NA COLUNA LOMBAR E NA BACIA – DEVER DE INDENIZAR CONFIGURADO – JUROS DE MORA CORRETAMENTE FIXADOS A PARTIR DO INDEFERIMENTO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO, DIANTE DA MORA DA SEGURADORA – NÃO CONHECIMENTO DO PEDIDO DE AFASTAMENTO DE MULTA PREVISTA NO ARTIGO 475-J DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL – RECURSO CONHECIDO EM PARTE; NA PARTE CONHECIDA NEGA-SE PROVIMENTO. 1- Demonstrado que a seguradora indeferiu o pedido de indenização formulado pelo segurado na via administrativa, resta demonstrada a presença do interesse processual no manejo da ação de cobrança de seguro obrigatório dpvat. 2- Há o dever de indenizar por parte da seguradora quando a perícia constata ter a vítima de acidente automobilístico sofrido sequelas que levam à incapacidade funcional parcial na coluna lombar e perda da mobilidade do quadril. 3- O requerimento formulado na via administrativa equivale a uma notificação extrajudicial da seguradora. Desta forma, os juros de mora devem ser contados a partir do indeferimento do mencionado requerimento. 4- Não tendo o magistrado emitido pronunciamento sobre a multa prevista no artigo 475-J, não se conhece do recurso na parte que pede o afastamento da mencionada multa, haja vista a falta de interesse de recorrer. (TJ-MS - APL:



08173368320148120001 MS 0817336-83.2014.8.12.0001,
Relator: Des. Luiz Tadeu Barbosa Silva, Data de
Julgamento: 01/03/2016, 5ª Câmara Cível, Data de
Publicação: 02/03/2016).

Diante do exposto, resta impugnado pretensão da
Requerida quanto aos juros moratórios.

Quanto aos honorários advocatícios, novamente a
Ré utiliza-se de fundamentação em Lei revogada pela Lei 13.105/15, novo Código de
Processo Civil, pois a matéria está adequadamente tratada nos artigos 98 a 102 do
referido código.

Assim, com o advento do CPC/15, os honorários
advocatícios são perfeitamente cabíveis nos termos do artigo 85, §14, que preconiza
que “os honorários constituem direito do advogado e têm natureza alimentar, com os mesmos
privilégios dos créditos oriundos da legislação do trabalho, sendo vedada a compensação em caso de
sucumbência parcial”.

Neste liame, é devido ao advogado vencedor
percentual de até 20% sobre o valor da condenação, consoante artigo 85, §2º “os
honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da
condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor
atualizado da causa (...)”.

Ante o exposto, estabelecido em lei o percentual
devido ao advogado, resta impugnado mais uma alegação literalmente infundada.

III. - DO PEDIDO:



Diante do exposto, requer a Vossa Excelência que não seja acatada a Contestação e seus anexos, por alguns estarem ilegítimos, e que estes são os mesmos anexados à exordial, e que seja mantida todos os termos da inicial.

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, notadamente o depoimento pessoal do autor, oitiva de testemunhas, perícias e juntada posterior de documentação, tudo de logo requerido.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Boa Vista-RR, segunda-feira, 27 de janeiro de 2020.

JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO

OAB/RR nº 1.376



26/05/2020: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 26/05/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: Referente ao prazo para cumprimento da Citação (Seq. de expedição 11).

Por: SISTEMA CNJ

28/05/2020: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO.

Data: 28/05/2020

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Ato Ordinatório



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 -
E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0808742-37.2020.8.23.0010

ATO ORDINATÓRIO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 3ª Vara Cível, nos termos do art. 465, § 1º, do CPC, ficam as partes intimadas para, no prazo de 15 (quinze) dias, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

Boa Vista, 28 de maio de 2020.

RAFAEL DE ALMEIDA COSTA
Analista Judiciário



28/05/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 28/05/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 21) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

28/05/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 28/05/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 21) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

01/06/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 01/06/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 01/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 21) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020) e ao evento de expedição seq. 22.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

04/06/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 04/06/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO
ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2709084- C3/ 2020-01348/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

- 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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 2 de junho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJL6V NL87S H9FD3 U26Z3



08/06/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 08/06/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 08/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 21) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020) e ao evento de expedição seq. 23.

Por: SISTEMA CNJ

02/07/2020: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO .

Data: 02/07/2020

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO

Complemento: Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (28/05/2020)

Por: Igor Gustavo Macambira Dias

Data: 20/07/2020

Movimentação: JUNTADA DE CERTIDÃO

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 -

E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

CERTIDÃO

Certifico que, em cumprimento a decisão judicial proferida nestes autos, a perita **MARÍLIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA** agendou o **dia 26 de agosto de 2020, no período das 09h00min às 10h00min**, por ordem de chegada, para a realização da perícia designada, que ocorrerá no seu consultório, localizado na Clínica Galeria Vida – Avenida Major Williams, n.º 1665, Centro (em frente ao Recanto da Peixada).

Certifico ainda que a parte autora deverá comparecer pessoalmente na mencionada data, no local acima indicado, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como da documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

A parte autora ficará desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais. Do que para constar, lavro a presente certidão.

Boa Vista/RR, 20/7/2020.

RAFAEL DE ALMEIDA COSTA
Técnico Judiciário
(Assinado Digitalmente - PROJUDI/CNJ)



20/07/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 20/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

20/07/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 20/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

20/07/2020: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 20/07/2020

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA habilitado até 18/10/2020 (90 dias)

Por: DANYELE BEATRIZ CAVALCANTE DE OLIVEIRA

20/07/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 20/07/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 20/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020) e ao evento de expedição seq. 30.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 22/07/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 30) EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO(20/07/2020 10:47:20). Natureza: Intimação. Parte: DANIEL HONORATO PINHEIRO. Identificador do Cumprimento: 0001

Por: HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS

Relação de arquivos da movimentação:

- Intimação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 -

E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

MANDADO DE INTIMAÇÃO PARA PERÍCIA

(x) Assistência Judiciária () Diligência do Juízo () Verba Indenizatória

Processo: 0808742-37.2020.8.23.0010

Classe Processual: Procedimento Ordinário

Assunto Principal: Seguro

Valor da Causa: : R\$11.137,50

Autor(s)

DANIEL HONORATO PINHEIRO

Rua CC-20, 180 - Senador Hélio Campos - BOA VISTA/RR - CEP: 69.318-095

Réu(s)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

PESSOA A SER INTIMADA:

DANIEL HONORATO PINHEIRO (RG: 271160 SSP/RR e CPF/CNPJ: 529.989.672-72)

Residente no(a) Rua CC-20, 180 - Senador Hélio Campos - BOA VISTA/RR - CEP: 69.318-095

O MM. Juiz Rodrigo Bezerra Delgado, Titular da 3ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, determina ao Oficial de Justiça a quem for distribuído que, em cumprimento a este, proceda a **INTIMAÇÃO** da parte supra para comparecimento à **Perícia designada para o dia 26/08/2020, no período das 09h00min às 10h00min**, por ordem de chegada, a ser realizada pela médica-perita Dra. Marília Juliana Moreno Coelho Batista, em seu consultório localizado na **Clínica Galeria Vida, situada na Avenida Major Williams, 1665 - Bairro Centro (em frente ao Recanto da Peixada), Boa Vista-RR.**

ADVERTÊNCIA: A parte autora ficará desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais. Considerando a atual situação de pandemia e as medidas de prevenção adotadas pelos órgãos públicos e instituições privadas, **é obrigatório o uso de máscaras no local de realização das perícias, devendo-se ainda observar as regras de distanciamento pessoal, higienização das mãos, bem como a não aglomeração de pessoas, especialmente em locais fechados. Estes cuidados deverão ser observados para a regular realização dos trabalhos periciais.**

OBSERVAÇÃO: A parte autora deverá comparecer pessoalmente na mencionada data, no local acima indicado, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como da documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

Boa Vista/RR, data constante no sistema.

HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS

Diretor(a) de Secretaria, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito

Rodrigo Bezerra Delgado



23/07/2020: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO.

Data: 23/07/2020

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 33) em 22/07/2020

13:16:29. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: SILVAN LIRA DE CASTRO. Parte: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Por: MANUELLA DE OLIVEIRA PARENTE

28/07/2020: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.

Data: 28/07/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Complemento: (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020) e ao evento de expedição seq. 30.

Por: SISTEMA CNJ

31/07/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 31/07/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 30/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 28) JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020) e ao evento de expedição seq. 29.

Por: SISTEMA CNJ

06/08/2020: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO .

Data: 06/08/2020

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO

Complemento: Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (20/07/2020)

Por: Igor Gustavo Macambira Dias

16/08/2020: RETORNO DE MANDADO.

Data: 16/08/2020

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 33) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (22/07/2020 13:16:29). Parte: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Por: SILVAN LIRA DE CASTRO

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
CENTRAL DE MANDADOS CÍVEL DE BOA VISTA - PROJUDI
Rua Araújo Filho, 710 - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - E-mail: ceman@tjrr.jus.br

ANEXO II

CERTIDÃO

Nº do Processo: 0808742-37.2020.8.23.0010 **Nº do Mandado:**

Destinatário: DANIEL HONORATO PINHEIRO

CPF:

Certifico que PROCEDI a:

<input checked="" type="checkbox"/> Intimação	<input type="checkbox"/> Vítima
<input type="checkbox"/> Citação	<input type="checkbox"/> Testemunha
<input type="checkbox"/> Condução	<input type="checkbox"/> Réu
<input type="checkbox"/> Prisão	
<input type="checkbox"/> Soltura	

- ☒ Ocasião em que realizei a leitura do Mandado, entregando-lhe a contrafé.
- ☐ Ocasião em que realizei a leitura do Mandado e das cópias da Denúncia Ministerial.
- ☐ Ocasião em que realizei a leitura do Mandado e da Decisão Judicial
- ☐ Nos moldes previstos no Art. 252 do Novo CPC (hora certa), por meio do Sr.(a) (Grau de Parentesco).
- ☐ Ocasião em que realizei a leitura do Mandado e da Decisão Judicial, cientificando o réu de que terá o prazo de 05 (cinco) dias para apresentar defesa escrita, por meio de Advogado ou Defensor Público.
- ☐ Por meio do número telefônico indicado no Mandado, ocasião em que informei a vítima de que, caso deseje obter cópia do Mandado e Decisão, deve comparecer a Secretaria da Vara/Juizado.
- ☒ Foi Exarado ciente.
- ☐ Não foi exarado ciente.
- ☐ O reeducando declarou que necessita do auxílio da Defensoria Pública Estadual para apresentar sua defesa.
- ☐ O reeducando declarou que possui condições para constituir Advogado particular.
- ☐ O reeducando afirmou que no momento não sabe se irá ou não constituir Advogado particular.
- ☐ O reeducando afirmou que deseja recorrer da Sentença proferida.
- ☐ O reeducando afirmou que não deseja recorrer da Sentença proferida.
- ☐ O reeducando afirmou não saber naquele momento se irá ou não recorrer da Sentença proferida.
- ☐ O ato resultou na efetiva soltura do reeducando.
- ☐ O ato não resultou na efetiva soltura do reeducando, uma vez que, responde a outra Ação Penal.

NOVO ENDEREÇO/ENDEREÇO CORRETO:

--



OBSERVAÇÃO:

Boa Vista, 16/8/2020 - 22h:35min

SILVAN LIRA DE CASTRO
Oficial de Justiça



17/08/2020: LEITURA DE MANDADO REALIZADA.

Data: 17/08/2020

Movimentação: LEITURA DE MANDADO REALIZADA

Complemento: MANDADO lido em 17/08/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 33)

EXPEDIÇÃO DE MANDADO (22/07/2020 13:16:29). Parte: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

Data: 05/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL

Por: MARILIA JULIANA MORENO COELHO BATISTA

Relação de arquivos da movimentação:

- LAUDO PERICIAL

AValiação Médica
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31 da Lei 11.945, de 04/08/2009)

Processo nº 0808742-37.2020.8.23.0010

Requerente Daniel Honorato Pinheiro

Informações do acidente

Local: Av - N 21 Bairro Senador Helio Campos

Data do acidente 20/03/2018

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial em epigrafe. para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 3ª Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista-RR, 26/08/2020

Daniel Honorato Pinheiro
Assinatura de vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ sim ☐ não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)

Mão esquerda (dedos: médio, anelar e mínimo).

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Há alteração de caráter permanente e evolutivo decorrente dos traumas do 3º, 4º e 5º dedos da mão (E), já realizado cirurgia (ostiotomia) de membros superior, raphe de dedos unidos.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? esquerda.

☐ sim ☒ não

Se SIM, descreva a(s) medidas terapêutica(s) indicada(s)

* PERICIA DO CANHOTO / ACIDENTE EM MÃO ESQUERDA

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Há dano anatômico e funcional do 3º, 4º, 5º dedo da mão (E), apresenta atropia, assimetria, diminuição da força motora, alteração sensitiva, há

V) Em virtude da evolução de lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ sim, em que prazo:

☒ não

manua comprometimento do 3º e 5º dedo (rigidez) ausência de flexão e extensão espontâneas

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945, de 04 de julho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmentos corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar-se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º, da Lei 6.194/74, com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico - CRM

Boa Vista-RR, 26 / 08 / 2020

Drª. Marília Batista
Médica CRM/RR 853
Medicina do Trabalho-RQE 818

10

- Mot Mot
- SAMW - $\frac{1}{2}$ pot CI MSE
Corte sobre corte.
sem MID
- HGR 21/01/10
- $\frac{1}{2}$ pot expst Mw (E) } 3, 4, 5
LM C + Rofa
okontese MID
pro 3, 4, 5
- $\frac{1}{2}$ pot expst 4, 5 Mw (E)
- RX 23/01/11/2017 3, 4 5
03/02/2017
- atus pro
- J Usalod
- 4, 5 ϕ flao, Rigidz. \pm fone
- conho, domes.
- ammitu.
- SEJU

05/09/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 05/09/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 40) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

05/09/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 05/09/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 40) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

11/09/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 11/09/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 11/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 40) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020) e ao evento de expedição seq. 41.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

16/09/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 16/09/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 15/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 40) JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020) e ao evento de expedição seq. 42.

Por: SISTEMA CNJ

23/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 23/09/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2709084- C3/ 2020-01348/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08087423720208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL HONORATO PINHEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 21 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI



101-B - OAB/RR



06/10/2020: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO .

Data: 06/10/2020

Movimentação: RENÚNCIA DE PRAZO DE DANIEL HONORATO PINHEIRO

Complemento: Referente ao evento JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL (05/09/2020)

Por: Igor Gustavo Macambira Dias

06/10/2020: CONCLUSOS PARA SENTENÇA.

Data: 06/10/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA SENTENÇA

Complemento: Responsável: Rodrigo Bezerra Delgado

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

09/10/2020: JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO.

Data: 09/10/2020

Movimentação: JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO

Por: Rodrigo Bezerra Delgado

Relação de arquivos da movimentação:

- sentença



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
3ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - Boa Vista/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4727 -
E-mail: 3civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0808742-37.2020.8.23.0010

SENTENÇA

Vistos.

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório em razão de acidente automobilístico ajuizada por DANIEL HONORATO PINHEIRO em face da Seguradora Líder.

Afirma a parte autora que o evento lhe resultou na debilidade descrita na inicial.

Ademais, relata que a parte promovida somente efetuou o pagamento administrativo, o qual, aduz, é aquém do devido.

Desta forma, requer a condenação da parte demandada ao pagamento de valor devido alegado na exordial.

Citada, a parte ré apresentou resposta escrita, alegando preliminarmente a tempestividade da contestação e o desinteresse na realização da Audiência de Conciliação (EP 12).

Laudo pericial juntado no EP. 40.

Instadas a se manifestarem acerca da conclusão do laudo, as partes não apresentaram impugnação.

É o relatório. Decido.

Analisando as preliminares alegadas, verifica-se que a Contestação foi tempestiva, bem como não foi realizada a Audiência de Conciliação.

Passo a análise do mérito.

Como visto, trata-se de ação de cobrança seguro DPVAT.

Inicialmente registro a constitucionalidade da Lei nº 11.945/09, reconhecida no julgamento do STF das ADI's 4350 e 4627.

Tendo em vista o laudo pericial produzido e o cerne da questão de mérito, não há necessidade maior de dilação probatória.

A matéria em deslinde já está pacificada pelo STJ, pela súmula de nº. 474, verbis:

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez”.

Neste sentido, sendo caso de invalidez permanente parcial incompleta, deverá ser feito o enquadramento da perda anatômica ou funcional em conformidade com a previsão constante da tabela anexa à Lei n.º 6.194/74.

Assim, confirmada a invalidez permanente parcial incompleta por meio da perícia realizada, mister se faz proceder a graduação de acordo com o laudo do perito judicial, bem como aos graus de invalidez presentes na aludida tabela.

No caso em análise, a perícia judicial realizada comprovou a existência de dano com grau de lesão de 50% (cinquenta por cento).

Desta forma, o art. 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, com suas posteriores alterações, dispõe que, em primeiro lugar, deve ser feito o enquadramento da perda anatômica ou funcional consoante previsão no inciso I do mesmo parágrafo.

No caso em tela, a percentagem indicada para a lesão é de 70% (setenta por cento) sobre o valor total de indenização (R\$ 13.500,00), gerando-se, assim, o valor de R\$ 9.450,00.

Por conseguinte, de acordo com inciso II, do art. 3º, § 1º, do mesmo Diploma Legal, reduz-se o valor acima indicado em 50%, isso em virtude da graduação aferida pela perícia médica realizada, o que corresponde a R\$ 4.725,00.

Por outro lado, informado o pagamento, em sede administrativa, de R\$ 2.362,50 seu pedido deve ser acolhido apenas em parte para impor o pagamento da diferença, ou seja, R\$ 2.362,50.

Ante o exposto, julgo PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido contido na inicial, nos termos do art. 487, I do CPC, extinguindo o processo com resolução de mérito, para condenar a parte demandada ao pagamento de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), com juros de um por cento a partir da citação (Sum. 426 do STJ) e correção monetária a partir do evento danoso (Sum. 580 do STJ), pelo índice oficial do TJRR.

Condeno, ainda, a parte ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes fixados em 10% (dez por cento) do valor da condenação.

Havendo recurso da presente sentença: certifique-se acerca da tempestividade, intime-se para contrarrazões e após remeta-se a instância superior.

Caso a parte promovida não tenha depositado os valores relativos aos honorários periciais, intime-se para depósito em cinco dias. Em caso de depósito, expeça-se o respectivo alvará.

Após o trânsito em julgado, intuem as partes para, querendo, instaurar a fase de Cumprimento de sentença, em quinze dias. Se houver pedido para instauração da fase de Cumprimento de sentença de obrigação de pagar, remetam-se os autos à Sexta Vara Cível, conforme as disposições da Resolução do Tribunal Pleno n. 20/2020. Se não houver qualquer pedido, archive.

P. R. I.

Boa Vista, data e hora constante do sistema.

Rodrigo Bezerra Delgado
Juiz de Direito
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)



09/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 48) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (09/10/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

09/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 48) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (09/10/2020)

Por: RAFAEL DE ALMEIDA COSTA

19/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 19/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 48) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (09/10/2020) e ao evento de expedição seq. 49.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

20/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 20/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de DANIEL HONORATO PINHEIRO) em 19/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 48) JULGADA PROCEDENTE EM PARTE A AÇÃO (09/10/2020) e ao evento de expedição seq. 50.

Por: SISTEMA CNJ