



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

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
PÓLICIA 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

EN VOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)	Idade 38
--	----------

Nacionalidade: Brasileira

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))	Idade 27
---	----------

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Garçom

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPPOSTO AUTOR/INFRATOR)	Idade 43
--	----------

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

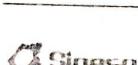
Documento(s)

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

Nº: 255

Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO

Bairro: PEROLA

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)

Sexo: Masculino

Idade: 32

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Autônomo

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)

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 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 EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referida rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estando 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

Nº: 003143/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

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 Denúnciação Caluniosa e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

3 MAR 2018

DELEGADO DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suelia 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 N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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

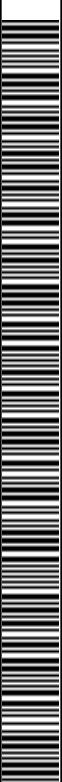
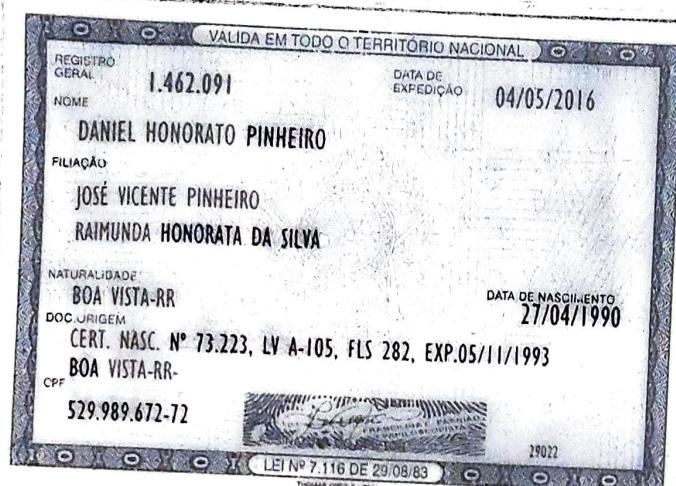
Priscila Osório Carneiro
PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912

Daniel Honorato Pinheiro
DANIEL HONORATO PINHEIRO
COMUNICANTE

DAT
31 MAR 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

25 ABR. 2018

*DOCUMENTO
ORIGINAL*



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



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 6-1
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 369/13

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 MENS	RENDIMENTO	CONSUMO (W/m)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2018	06/02/2018	482	393,19

RAIMUNDA MONORATA 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	KWH	KWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	6936	6454	19/01/2018
Anterior:	482	1,000	24/12/2017
Constante de Multiplicação:	482	FCAM	Atual: 19/02/2018
Consumo Medido:	NORMAL		Anterior: 18/01/2018
Consumo Faturado:			Próxima Leitura: 19/01/2018
			Emissão: 29
			Anotação:

RESIDENCIAL	BI	DADOS	16TDB022292	M	1416441	1.1.1.2	420
Quartel do Sol						Código Fai	Média 12 meses
CONSUMO	482	A R\$ 0,567794 =	273,67				
PARCELAMENTO DE DEBITOS	10/4/6	DATA	100,82				
ILUMINACAO PUBLICA			18,70				
DEZ/17	482						
NOV/17	510						
OUT/17	474						
SET/17	402						
AGO/17	369						
JUL/17	398						
JUN/17	355						
MAI/17	382						
ABR/17	357						
MAR/17	397						
TARIFA SEM TRIBUTOS:							
0 A 482 - 0,456770							

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 16/01/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consultada.

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

RESERVADO AO RISCO	82,57	273,67
COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$	134,00	134,00
Distribuição	0,00	46,52
Energia	5,50	1,23
Transmissão	53,50	5,75
Encargos		
Total		
INDICADORES DE DISTRIBUIÇÃO		
5,43	10,86	21,73
7,07		3,61
	7,22	14,45
	3,00	3,11
		6,63

DISTRITO	11/2017	103,75
----------	---------	--------

ROT: 7.001.28.02.134500

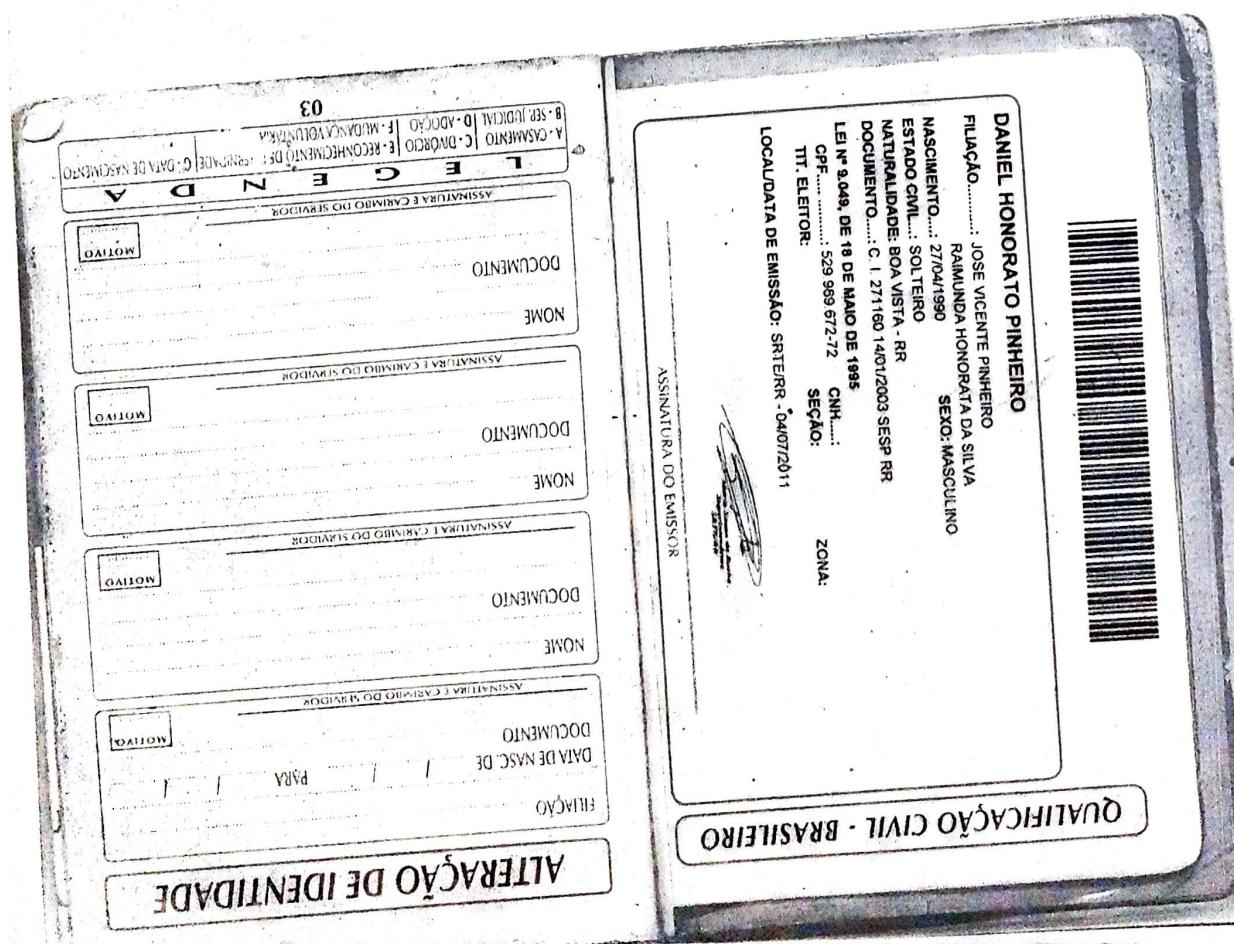
SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0072159-0	393,19

MÊS ATUALIZADO: 01/2018 VENCIMENTO: 06/02/2018

Nº da Nota Fiscal: 000108583 FCAM

83600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6

25 ABR. 2018



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR ... Evanildo R da Silva
CNPJ ...
CCO/CPF/CEI ...
ENDEREÇO ... AV. Terezinha Lima, 5N

MUNICÍPIO ... Belo Horizonte ... UF ... MG
ESP. DO ESTABELECIMENTO ... Restaurante
CARGO ... Cozinheiro ... CBO N° ...

DATA DE ADMISSÃO ... 01 ... DE ... Agosto ... DE 2014

REGISTRO N° ... FLS./FICHA ...

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 4.792,25 (Quatro mil e setecentos e trinta e nove reais e vinte e cinco centavos)

Jen. M. EVANILDO R. DA SILVA - M ... 2.º Ante
1º ... Evanildo Rodrigues da Silva
ADMINISTRADOR

DATA DE SAÍDA ... DE ... DE ...

... ASS. DO EMPREGADOR (OU A POCO) O TESTEMUNHA
1º ... 2º ...

COM. DISPENSA CD N° ...
FGTS N° DA CONTA: ...

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR ...

CCO/CPF/CEI ...

ENDEREÇO ...

MUNICÍPIO ... UF ...

ESP. DO ESTABELECIMENTO ...

CARGO ... CBO N° ...

DATA DE ADMISSÃO ... DE ... DE ...

REGISTRO N° ... FLS./FICHA ...

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ...

... ASS. DO EMPREGADOR (OU A POCO) O TESTEMUNHA
1º ... 2º ...

DATA DE SAÍDA ... DE ... DE ...

... ASS. DO EMPREGADOR (OU A POCO) O TESTEMUNHA
1º ... 2º ...

COM. DISPENSA CD N° ...
FGTS N° 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: **pinheirodaniel4577@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 APRECIAÇÃO 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, Nº 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 cinqüenta 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 cinqüenta 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

Rebedor: 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, retorno 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



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: Pinheiro.daniell4577@gmail.com TELEFONE: 99136-3336
ENDEREÇO: Rua: CC-20, 180, bairro Morena

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 judicia", 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 Honerato Pinheiro

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Garçom

RG nº: 1.462.091 SSP-TG

CPF nº: 529.989.672-72

ENDEREÇO: Rua: CC-20, 180, Iaura 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 2019.

x Daniel Honerato Pinheiro

OUTORGANTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO 24 - INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO
OPERAÇÕES

DANIEL RODRIGUES VIANO Anestesista Eduyne
Assinatura _____
Data: _____

Identidade
CPF: _____

Procedimento
Constituir: () Sim () Não

AS NO CIRURGICO

() Aplica () Não se Aplica

DE IDENTIFICADO

() Sim () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

() Inclui () Não

O EXAMES DE PULSO NO PACIENTE EM

INACIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

() TERRÍA CONECTADA

() Fio(s) Qual: _____

É ALÉRGICO A MÍSCICO DE ASPIRAÇÃO

() Não

Sim, o equipamento disponível

() Não

Sim, e seu uso é de uso adequado e planejamento

() Não

AS CO. DE TERRÍA 3 / IGUÍNEA > 500 ml

() Não

Sim, e os fluidos

() Não

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

Hora: _____

Qual: _____

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				S/N																														
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF0.9%500ML 8/8HS				12:00-16:00																														
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:00-16:00																														
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				16:00																														
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N																														
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N																														
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N																														
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N																														
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N																														
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				16:00																														
14	CURATIVO DIARIO				S/N																														
15	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2				Realizar																														
16	METRONIDAZOL 500MG IV 8/8HS				N.T.F.																														
17	AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA				N.T.P. 16:00 de Vaga																														
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																		
19																																			
20																																			
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																			
<p style="text-align: right;">Dr. Fábio Soares Médico Residente Ortopedista e Traumatologista</p>																																			
 <p>NIR Regulado para leito 20 - 4 Regulação Interna</p>																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">SINAIS VITAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>110 x 70</td> <td>69</td> <td>TAX: 36.10°C</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>113 x 69</td> <td>72</td> <td>TAX: 36</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>96 x 55</td> <td>75</td> <td>+IV = 36.2°C</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>112 x 71</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						SINAIS VITAIS						6 H	110 x 70	69	TAX: 36.10°C			12 H	113 x 69	72	TAX: 36			18 H	96 x 55	75	+IV = 36.2°C			24 H	112 x 71				
SINAIS VITAIS																																			
6 H	110 x 70	69	TAX: 36.10°C																																
12 H	113 x 69	72	TAX: 36																																
18 H	96 x 55	75	+IV = 36.2°C																																
24 H	112 x 71																																		
<p>MÉDICO RESIDENTE EM PAULÍNIA ORTOPEDIA CLÍNICO DO PAULÍNIA TRAUMATOLOGIA EXAMES OU EXAMENES INTERNAS CONSULTORIAS</p>																																			

*rk de Amorim O. Pernambuco
Técnico em Enfermagem
OPEN-RR 507.816 TF*

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA CLÍNICO DO PAU E
TRAUMATOLOGIA, EXAMES OU
ESTRUTURAIS INTERNAS
TRANSFERÊNCIAS INTERNAS
ESTÁVEL
SICAS

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA CLÍNICO DÓ PAULIST

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA CLÍNICO DO PAR

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA CLÍNICO DO PAISAGEM

Regulação Interna

	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																																				
IDADE		27	LEITO	220-4	DATA 23/01/2018																																				
ITEM		PREScrição			HORÁRIO																																				
1		DIETA ORAL LIVRE			SM																																				
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			21																																				
5		dipirona 1g ev 8/8 horas			22																																				
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			SN																																				
7		SSVW+CCGG 6/6 horas																																							
8		CURATIVO DIARIO			Rotina																																				
9		gentamicina 240 mg 1 x ao dia			146																																				
10		metronidazol 500 mg ev 8/8 horas			220-4																																				
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 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> </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>126x70</td> <td>70</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>100/70</td> <td>70</td> <td></td> <td>36,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>120/60</td> <td>77</td> <td></td> <td>35,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>108x70</td> <td>77</td> <td>—</td> <td>37</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							PA	FC	FR	TEMP		SINAIS VITAIS						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	
	PA	FC	FR	TEMP																																					
SINAIS VITAIS																																									
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																																					

Johon Emerson C. Damião
17/03/2020 10:57:30 PT

Ismael Bezerra C. Damião
17/03/2020 10:57:30 PT

12h. Paciente no leito
verbalizando, pronunciando
e/ou o n° 22. — TMR

	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	24/01/2018
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SM SN
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				14° 22° (DA)
5	dipirona 1g ev 8/8 horas				14° 22° (DA)
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				SN
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				Pt. Rotina
8	CURATIVO DIARIO				16
9	gentamicina 240 mg 1 x ao dia				22 - 26
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas				14°
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.					
 <i>66. 113x60 PA: 60 FR: 36,2</i>					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	144x57	77	-	36,3°	113x60 PA: 60 FR: 36,2
18 H	103/19	65	20	36°C	ACEPTE FARMACOLOGICO CORRER RISCO
24 H	110x59	67	-	36,4	

18h Paciente no leito, medico de
sigue os cuidados do enfermeiro.

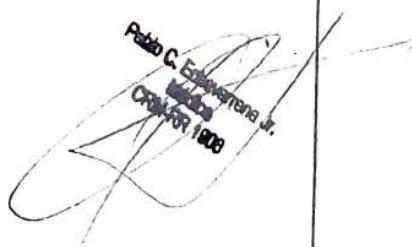
do: Paciente mais quer deuso por enquanto!

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA																																			
 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima				 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																															
DATA DE ADMISSÃO		21/01/2018		DIH	DN																														
PACIENTE		daniel honorato pinheiro																																	
DIAGNÓSTICO		fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.																																	
ALERGIAS		NEGA	HAS	nega	DM																														
IDADE		27	LEITO	220-4	DATA																														
ITEM		PREScrição			HORÁRIO																														
1	DIETA ORAL LIVRE			11:00																															
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			14:00																															
5	dipirona 1g ev 8/8 horas			16:00																															
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			18:00																															
7	SSVV+CCGG 6/6 horas			20:00																															
8	CURATIVO DIARIO			m																															
9	<i>gentamicina 240 mg 1 x ao dia</i>			16:00																															
10	<i>metronidazol 500 mg ev 8/8 horas</i> OV (VO)			18:00																															
11				Dr. Eliezer Soares																															
12				Médico Residente																															
13				Ortopedia e Traumatologia																															
14				CRM 1828/RR																															
15																																			
16																																			
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR</u> <u>PLANTONISTA</u> <u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> 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 f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico. <i>as 12h: glicocria AVP, G 18 mm mSE. Dayane S. Tosin</i> Técnico de Enfermagem COREN-RR 917.047 TF																																			
<i>Nutrição: Dada 1/2 xícara de sopa de aveia amendoim no mante.</i>																																			
SINAIS VITAIS <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>6 H</td> <td>100x60</td> <td>70</td> <td>21</td> <td>36°C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>110x76</td> <td>66</td> <td>20</td> <td>36°C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>110x70</td> <td>81</td> <td></td> <td>36,9°C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120x70</td> <td>73</td> <td>20</td> <td>36,5°C</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							PA	FC	FR	TEMP		6 H	100x60	70	21	36°C		12 H	110x76	66	20	36°C		18 H	110x70	81		36,9°C		24 H	120x70	73	20	36,5°C	
	PA	FC	FR	TEMP																															
6 H	100x60	70	21	36°C																															
12 H	110x76	66	20	36°C																															
18 H	110x70	81		36,9°C																															
24 H	120x70	73	20	36,5°C																															

Paciente está sem AVP. Pois seu braço direito com fibula. Paciente fazendo compressão longo.

	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	26/01/2018																																											
ITEM	PREScrição					HORÁRIO																																										
1	DIETA ORAL LIVRE					SAÍD																																										
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					24 22.06																																										
5	dipirona 1g ev 8/8 horas					26 24.08																																										
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					SN																																										
7	SSVV+CCGG 6/6 horas					ROTT/IVN																																										
8	CURATIVO DIARIO					PN																																										
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas					16 24.08																																										
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas					24 22.06																																										
11						PN																																										
12						PN																																										
13						PN																																										
14						PN																																										
15						Z.2400 hante com deita zero pois estou no mu lú cerúlico de nose																																										
16						Zilmarija A. Nascimento Auxiliar Enfermeira COREN/RR-375356																																										
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.																																																
 Dr. Adelio C. Eschenazi Jr. Medicina Geral CRM-RR 1908																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>124/74</td> <td>69</td> <td>—</td> <td>36°c</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>106/74</td> <td>79</td> <td>—</td> <td>35.6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>36.4</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP			6 H							12 H	124/74	69	—	36°c			18 H							24 H	106/74	79	—	35.6							36.4		
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																																												
6 H																																																
12 H	124/74	69	—	36°c																																												
18 H																																																
24 H	106/74	79	—	35.6																																												
				36.4																																												

Lidiane Evangelista Galvão
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN-RR 818.370 - TE

 <p>GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima</p>		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	27/01/2018																																										
ITEM	PREScrição						HORÁRIO																																								
1	DIETA ORAL LIVRE						SN																																								
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						TF 22:06																																								
5	dipirona 1g ev 8/8 horas						DP 10:24																																								
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						SN *																																								
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						Rutine																																								
8	CURATIVO DIARIO						Permanente																																								
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas						280 16:24																																								
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas						140 22:06																																								
11							NTF																																								
12																																															
13																																															
14																																															
15																																															
16																																															
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR</u> <u>PLANTONISTA</u>																																															
<u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> 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.																																															
																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x70</td> <td>66</td> <td></td> <td>36,3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>110x70</td> <td>73</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110x70</td> <td>72</td> <td></td> <td>36,5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP				6 H								12 H	120x70	66		36,3				18 H	110x70	73		36,5				24 H	110x70	72		36,5			
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																																											
6 H																																															
12 H	120x70	66		36,3																																											
18 H	110x70	73		36,5																																											
24 H	110x70	72		36,5																																											
Teste de Souza Araújo Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 000.461.072																																															

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		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					→ 5ND																																										
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS					→ 16.00																																										
5	dipirona 1g ev 8/8 horas					→ 16.00																																										
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn					→ 16.00																																										
7	SSW+CCGG 6/6 horas					→ 5SN																																										
8	CURATIVO DIARIO					→ Grafico																																										
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas					→ Rotina																																										
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas					→ 16.00																																										
11						→ 19.00																																										
12						NTF																																										
13																																																
14																																																
15																																																
16																																																
<u>1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME</u> <u>ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400:</u> <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR</u> <u>PLANTONISTA</u> <u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU</u> <u>PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA</u> <u>ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .</u>																																																
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 colspan="7">SINAIS VITAIS</td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>109x60</td> <td>60</td> <td></td> <td>36°C</td> <td colspan="2">Denissom Braga</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>104x62</td> <td>58</td> <td></td> <td>36.2</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>133x94</td> <td>73</td> <td></td> <td>36°C</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x60</td> <td>67</td> <td></td> <td>36°C</td> <td colspan="2">Denissom Braga</td> </tr> </tbody> </table>								PA	FC	FR	TEMP			SINAIS VITAIS							6 H	109x60	60		36°C	Denissom Braga		12 H	104x62	58		36.2			18 H	133x94	73		36°C			24 H	100x60	67		36°C	Denissom Braga	
	PA	FC	FR	TEMP																																												
SINAIS VITAIS																																																
6 H	109x60	60		36°C	Denissom Braga																																											
12 H	104x62	58		36.2																																												
18 H	133x94	73		36°C																																												
24 H	100x60	67		36°C	Denissom Braga																																											
COREN-RR 001.005.031 TE,																																																

Z. P. Pinheiro

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	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
IDADE		27	LEITO	220-4	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			<i>S.N.D</i>
2		SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS			<i>22 - 06 - 14</i>
5		dipirona 1g ev 8/8 horas			<i>22 - 06 - 14</i>
6		TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn			<i>S.N.</i>
7		SSVV+CCGG 6/6 horas			
8		CURATIVO DIARIO			
9		ceftazidima 2g ev 8/8 horas			<i>14 - 22 - 06</i>
10		metronidazol 500 mg ev 8/8 horas			<i>(16) - 24 - 173</i>
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					
12 H					
18 H					
24 H					

SUS	Sistema Único de Saúde	SAÚDE	LADDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNACÃO HOSPITALAR														
- 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE													4 - CNES				
- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE													5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
<i>Daniel Henrique Pintor</i>													7 - CATEGORIA NACIONAL DE SERVIÇO FONTE		8 - INFRAESTRUTURA	9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL													11 - TELEFONE DE CONTATO				
12 - ENDERECO (RUA, N. BAIRRO)													13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. EGF/MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS													JUSTIFICAÇÃO DE INTERNACÃO				
<p>Paciente vítima de acidente motociclista (DPT: 21/01/18) com trauma max (C)</p>																	
<p>Procedimento cirúrgico ortopédico</p>													Dr. Alberto Henrique de Souza CRM-RR 1617 Título Especialista TEOT - 12603		Dr. Leonardo Ravelo Residência em Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1715		
<p>Ex fisca + Rx</p>																	
<p>Fx 1°-5 falange proximal mão E) + Fx 3° MTC d (P)</p>																	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO													PROCEDIMENTO SOLICITADO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<p>Osteosíntese fx 4°-5 falange proximal d (P) + Fx 3° MTC d (P)</p>																	
25 - CLÍNEA													26 - DOCUMENTO		27 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
<p>Ortopedia</p>													28 - CNES		29 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
													30 - CNES		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
															32 - ASSINATURA E CARIMBO (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)		
33 - ACIDENTE DE TRABALHO													34 - CÓDIGO DA SECUNDARIA		35 - N.º DO BILHETE		
36 - CÓDIGO EMPRESA													37 - N.º DO BILHETE		38 - SÉRIE		
39 - TÍTULO CONCEPTE													40 - CNES DA EMPRESA		41 - CGOR		
42 - DESENHO													43 - EMPREGADOR		44 - JURÔNOMA		
45 - APOSENTADO													46 - DESENHO		47 - JAPONESE		
48 - DESENHO													49 - DESENHO		50 - DESENHO		
51 - DESENHO													52 - DESENHO		53 - DESENHO		
54 - DESENHO													55 - DESENHO		56 - DESENHO		
57 - DESENHO													58 - DESENHO		59 - DESENHO		
60 - DESENHO													61 - DESENHO		62 - DESENHO		
63 - DESENHO													64 - DESENHO		65 - DESENHO		
66 - DESENHO													67 - DESENHO		68 - DESENHO		
69 - DESENHO													70 - DESENHO		71 - DESENHO		
72 - DESENHO													73 - DESENHO		74 - DESENHO		
75 - DESENHO													76 - DESENHO		77 - DESENHO		
78 - DESENHO													79 - DESENHO		80 - DESENHO		
81 - DESENHO													82 - DESENHO		83 - DESENHO		
84 - DESENHO													85 - DESENHO		86 - DESENHO		
87 - DESENHO													88 - DESENHO		89 - DESENHO		
90 - DESENHO													91 - DESENHO		92 - DESENHO		
93 - DESENHO													94 - DESENHO		95 - DESENHO		
96 - DESENHO													97 - DESENHO		98 - DESENHO		
99 - DESENHO													100 - DESENHO		101 - DESENHO		
102 - DESENHO													103 - DESENHO		104 - DESENHO		
105 - DESENHO													106 - DESENHO		107 - DESENHO		
108 - DESENHO													109 - DESENHO		110 - DESENHO		
111 - DESENHO													112 - DESENHO		113 - DESENHO		
114 - DESENHO													115 - DESENHO		116 - DESENHO		
117 - DESENHO													118 - DESENHO		119 - DESENHO		
120 - DESENHO													121 - DESENHO		122 - DESENHO		
123 - DESENHO													124 - DESENHO		125 - DESENHO		
126 - DESENHO													127 - DESENHO		128 - DESENHO		
129 - DESENHO													130 - DESENHO		131 - DESENHO		
132 - DESENHO													133 - DESENHO		134 - DESENHO		
135 - DESENHO													136 - DESENHO		137 - DESENHO		
138 - DESENHO													139 - DESENHO		140 - DESENHO		
141 - DESENHO													142 - DESENHO		143 - DESENHO		
144 - DESENHO													145 - DESENHO		146 - DESENHO		
147 - DESENHO													148 - DESENHO		149 - DESENHO		
150 - DESENHO													151 - DESENHO		152 - DESENHO		
153 - DESENHO													154 - DESENHO		155 - DESENHO		
156 - DESENHO													157 - DESENHO		158 - DESENHO		
159 - DESENHO													160 - DESENHO		161 - DESENHO		
162 - DESENHO													163 - DESENHO		164 - DESENHO		
165 - DESENHO													166 - DESENHO		167 - DESENHO		
168 - DESENHO													169 - DESENHO		170 - DESENHO		
171 - DESENHO													172 - DESENHO		173 - DESENHO		
174 - DESENHO													175 - DESENHO		176 - DESENHO		
177 - DESENHO													178 - DESENHO		179 - DESENHO		
180 - DESENHO													181 - DESENHO		182 - DESENHO		
183 - DESENHO													184 - DESENHO		185 - DESENHO		
186 - DESENHO													187 - DESENHO		188 - DESENHO		
189 - DESENHO													190 - DESENHO		191 - DESENHO		
192 - DESENHO													193 - DESENHO		194 - DESENHO		
195 - DESENHO													196 - DESENHO		197 - DESENHO		
198 - DESENHO													199 - DESENHO		200 - DESENHO		
201 - DESENHO													202 - DESENHO		203 - DESENHO		
204 - DESENHO													205 - DESENHO		206 - DESENHO		
207 - DESENHO													208 - DESENHO		209 - DESENHO		
210 - DESENHO													211 - DESENHO		212 - DESENHO		
213 - DESENHO													214 - DESENHO		215 - DESENHO		
216 - DESENHO													217 - DESENHO		218 - DESENHO		
219 - DESENHO													220 - DESENHO		221 - DESENHO		
222 - DESENHO													223 - DESENHO		224 - DESENHO		
225 - DESENHO													226 - DESENHO		227 - DESENHO		
228 - DESENHO													229 - DESENHO		230 - DESENHO		
231 - DESENHO													232 - DESENHO		233 - DESENHO		
234 - DESENHO													235 - DESENHO		236 - DESENHO		
237 - DESENHO													238 - DESENHO		239 - DESENHO		
240 - DESENHO													241 - DESENHO		242 - DESENHO		
243 - DESENHO													244 - DESENHO		245 - DESENHO		
246 - DESENHO													247 - DESENHO		248 - DESENHO		
249 - DESENHO													250 - DESENHO		251 - DESENHO		
252 - DESENHO													253 - DESENHO		254 - DESENHO		
255 - DESENHO													256 - DESENHO		257 - DESENHO		
258 - DESENHO													259 - DESENHO		260 - DESENHO		
261 - DESENHO													262 - DESENHO		263 - DESENHO		
264 - DESENHO													265 - DESENHO		266 - DESENHO		
267 - DESENHO													268 - DESENHO		269 - DESENHO		
270 - DESENHO													271 - DESENHO		272 - DESENHO		
273 - DESENHO													274 - DESENHO		275 - DESENHO		
276 - DESENHO													277 - DESENHO		278 - DESENHO		
279 - DESENHO													280 - DESENHO		281 - DESENHO		
282 - DESENHO													283 - DESENHO		284 - DESENHO		
285 - DESENHO													286 - DESENHO		287 - DESENHO		
288 - DESENHO													289 - DESENHO		290 - DESENHO		
291 - DESENHO													292 - DESENHO		293 - DESENHO		
294 - DESENHO													295 - DESENHO		296 - DESENHO		
297 - DESENHO													298 - DESENHO		299 - DESENHO		
300 - DESENHO													301 - DESENHO		302 - DESENHO		
303 - DESENHO													304 - DESENHO		305 - DESENHO		
306 - DESENHO													307 - DESENHO		308 - DESENHO		
309 - DESENHO													310 - DESENHO		311 - DESENHO		
312 - DESENHO													313 - DESENHO		314 - DESENHO		
315 - DESENHO													316 - DESENHO		317 - DESENHO		
318 - DESENHO													319 - DESENHO		320 - DESENHO		
321 - DESENHO													322 - DESENHO		323 - DESENHO		
324 - DESENHO													325 - DESENHO		326 - DESENHO		
327 - DESENHO													328 - DESENHO		329 - DESENHO		
330 - DESENHO													331 - DESENHO		332 - DESENHO		
333 - DESENHO													334 - DESENHO		335 - DESENHO		
336 - DESENHO													337 - DESENHO		338 - DESENHO		
339 - DESENHO													340 - DESENHO		341 - DESENHO		
342 - DESENHO													343 - DESENHO		344 - DESENHO		
345 - DESENHO													346 - DESENHO		347 - DESENHO		
348 - DESENHO													349 - DESENHO		350 - DESENHO		
351 - DESENHO													352 - DESENHO		353 - DESENHO		
354 - DESENHO													355 - DESENHO		356 - DESENHO		
357 - DESENHO													358 - DESENHO		359 - DESENHO		
360 - DESENHO													361 - DESENHO		362 - DESENHO		
363 - DESENHO													364 - DESENHO		365 - DESENHO		
366 - DESENHO													367 - DESENHO		368 - DESENHO		
369 - DESENHO													370 - DESENHO		371 - DESENHO		
372 - DESENHO													373 - DESENHO		374 - DESENHO		
375 - DESENHO													376 - DESENHO		377 - DESENHO		
378 - DESENHO													379 - DESENHO		380 - DESENHO		
381 - DESENHO													382 - DESENHO		383 - DESENHO		
384 - DESENHO													385 - DESENHO		386 - DESENHO		
387 - DESENHO													388 - DESENHO		389 - DESENHO		
390 - DESENHO													391 - DESENHO		392 - DESENHO		
393 - DESENHO													394 - DESENHO		395 - DESENHO		
396 - DESENHO													397 - DESENHO		398 - DESENHO		
399 - DESENHO													400 - DESENHO		401 - DESENHO		
402 - DESENHO													403 - DESENHO		404 - DESENHO		
405 - DESENHO													406 - DESENHO		407 - DESENHO		
408 - DESENHO													409 - DESENHO		410 - DESENHO		
411 - DESENHO													412 - DESENHO		413 - DESENHO		
414 - DESENHO													415 - DESENHO		416 - DESENHO		
417 - DESENHO													418 - DESENHO		419 - DESENHO		
420 - DESENHO													421 - DESENHO		422 - DESENHO		
423 - DESENHO													424 - DESENHO</				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 31/01/18

O.S. _____

Johon Emerson de Souza Camilo

GNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

MULTIFLORA DE
MULTIPLOS DEDOS

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

2-3-0000

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MULTI/FUSO/MONSTROSOS

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: M. Abenau

1º AUXILIAR: M. Lourenco

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Dr. Alberto Henrique da Cunha
Túlio Góes
Médico Cirurgião
CRM-RN 1715
Assistente em Ortopedia e Traumatologia
25/01/2018*

*Dr. Leonardo Roberto
Assistente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 1715
25/01/2018*

- OS PACIENTES DE 27 ANOS DE IDADE
① Foi feita uma remoção de ossos nos dedos
② Assessoria para fixação e campo
③ Fixação com Rock IM
④ Rx controle e fotos

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Amazônia, Amor e Trabalho nos Brâncos

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Alves

Id. 27 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Etilanol 50 mg
midazolam 2,5 mg

33/03/18

AGENTES	N 20	15			30			45			Nº	15			30			45		
		15	30	45	15	30	45	15	30	45		15	30	45	15	30	45			
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	150	150																
	B	S	500	500																
DA X	C	240																		
ULSO O	33	220																		
ANES X	36	200																		
OP O	34	160																		
TENS	32	160																		
ASPIR A	30	140																		
RESP O	28	120																		
	Expon	100																		
	Assist	80																		
	Contro	60																		
		40																		
		20																		
SÍMBOLOS		30	6																	
AGENTES																				
A																				
B																				
C																				
D																				
E																				
F																				
G																				
GLICOSE	LÍQUIDOS																			
HDDC																				
SANGUE																				
TOTAL		300 ml																		
DIFRACÃO																				
ANESTESIA	Dr Endes	CÓDIGO	CIRURGÃO	Dr Alves																
	RJ Danielle			Dr Lamech																

Ennio Tiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRMER 1026



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

RELAÇÃO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	IDADE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Daniel Emerson Perreira	17	220-4		31/02/12

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Interventão fisiono-falange Proximal 4º, 5º mês (E)	10:25	11:00	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	D. Alberto	ANESTESISTA:	D. Lúcia
1º AUXILIAR	D. Raissa	RES. ANESTESIA:	D. Damyller
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
TIPO DE ANESTESIA:	B P B	CIRCULANTE	Dra. Ana Lúcia

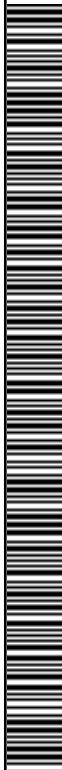
TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
11	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	500 ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	200
	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
1	Oxigênio 02			OUTROS: Topico + Iodo	

Eletrodo

Iodo + Iodo

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALC
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Debora Suelen	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA 10 m 200 Organização Rufalla	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



H - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



NOME:

Data:

Assinatura:

Data:

Assinatura:

DADOS PÓS-OPERATÓRIO						TRANSPÓSOPERATÓRIO						SRPA					
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Inicio Anestesia	Termino Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	SRPA	Shals Vitais	T	P	PA	SPO2					
9.56	10:25	9.58	11:00					1h									
SG								15'									
SG a 10%								30'									
Outros:								45'									
Cirurgia Proposta:						Posicionamento						localização					
Intubada						Antibiotico											
SF a 0,9%;						Terapia CH;											
Doze:						Plasma;											
Outros:						Plaquetas;											
Nº de compressões oferecidas:						1. Sonda											
Sinais Vitais:						Andromo Pulsos:											
T SAT 95 %						1. Sim											
P 75 bpm						2. Curativa											
R 120 bpm						3. Dreno											
FC 75 bpm						4. Acesso Venoso											
Exames SO: () Hb () Hb () Hemograma () Ralo X						5. Outros											
() Outros:																	
Sinais Vitais:						EV						HV					
P 75 bpm						CH						SNG					
R 120 bpm						Dreno						Dilatase					
FC 75 bpm						Saiadas						SNG					
Outros:												Outros					
Sinais Vitais:						Entradas						Balanço Hídrico					
P 75 bpm						CH						SNG					
R 120 bpm						SNG						Outros					
FC 75 bpm						Dilatase						SNG					
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saídas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	
FC 75 bpm																	
Outros:																	
Sinais Vitais:						Saiadas						SNG					
P 75 bpm						SNG						Outros					
R 120 bpm																	

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Governo do Estado de Roraima.
Amazônia Pátria é União dos Brasileiros.

Governo do Estado de Roraima

UNIDADE / SUPERIOR

NOME DO PARENTES
Professores responsáveis

ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
SECF - FARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Praticado procedimento de indução da anestesia:

✓ Autônoma () ou com auxílio de sedativo ()

✓ Sedativo Clínico ()

✓ Procedimento ()

Assentimento: () Sim () Não

USO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

TIPO DEMONSTRADO

✓ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONFIRMADA ()

EXAMINADO NO PULSO DO PACIENTE EM

FUNCIONAMENTO ()

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONTECIDA () Sim, Qual: _____

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

Sim, e procedimento/assistência disponíveis

USCO DE TURDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não () Sim, e ac. uso endovenoso adequado e planejamento em fluidos

A PROFILAXIA ANTIMICROBIAL FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 30 MINUTOS.

() Não se aplica () Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Não se aplica () Sim

Assinatura Hora: 09:50

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista _____

Antes de sair da sala de operações

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

✓ Sim () Não

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

✓ Sim () Não

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

✓ Sim () Não () Não se Aplicam

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 PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

✓ Sim () Não () Não se Aplica

Suellen da S. Ramos

Eduarda Ferreira

COREN-RS 49309-XXXX

Assinatura e Carimbo



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	01/02/2018
ITEM	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 16 24
8	CURATIVO DIARIO				D gráfico
9	ceftazidima 2g ev 8/8 horas				D Rotina
10	metronidazol 500 mg ev 8/8 horas				D 16 24
11					D 16 24
12					D 16 24
13					D 16 24
14					D 16 24
15					D 16 24
16					D 16 24
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR</u> PLANTONISTA					
<u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> 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 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 6 H 123x83 64 20 36,0 12 H 124x85 75 20 36,0 18 H 124x85 83 19 36,0 24 H 123x89 75 20 36,0					

Paulo C. Edelvante
Medico
COREN-RR 1998

18h. Adm medicagão de ferroto, conforme Prescrições médica.
 Erinalda Soares PIIC
 COREN-RR 1.223.379 TE
 Unha. ARP-MSD.

Obs.: Curativo não realizado por falta de elmo estéril.
 (Ass)

	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
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE				Shu
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				fallim.
8		CURATIVO DIARIO				Retornar
9		ceftazidima 2g ev 8/8 horas				16 24 05
10		metronidazol 500 mg ev 8/8 horas				16 22 06
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.						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
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. Echevarrena Jr.
Médico
CRM-RH 1308
SUS

25 ABR. 2018

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE

Daniel Henrique Tukiko, 28 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18 COM
DIAGNÓSTICO DE fractura de múltiplos ossos

NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteomíctese ci fractura de múltiplos ossos SEM FOLIO
OPERADO PELO DR. J. P. L. e DR. J. Henrique

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18, AS 11:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SINTOMEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTANO NO DIA 13/02/18, AS 17:00, CO. 0
DR. J. Henrique

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

03/02/18

25 ABR. 2018

MÉDICO

Ratho G. Estrela Jr.
Médico
CRM-RR 1908



, DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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: PJ69H NCCBL UDBDZ CSACK

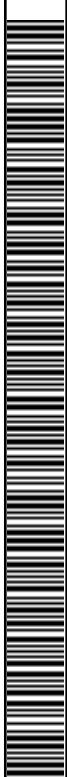
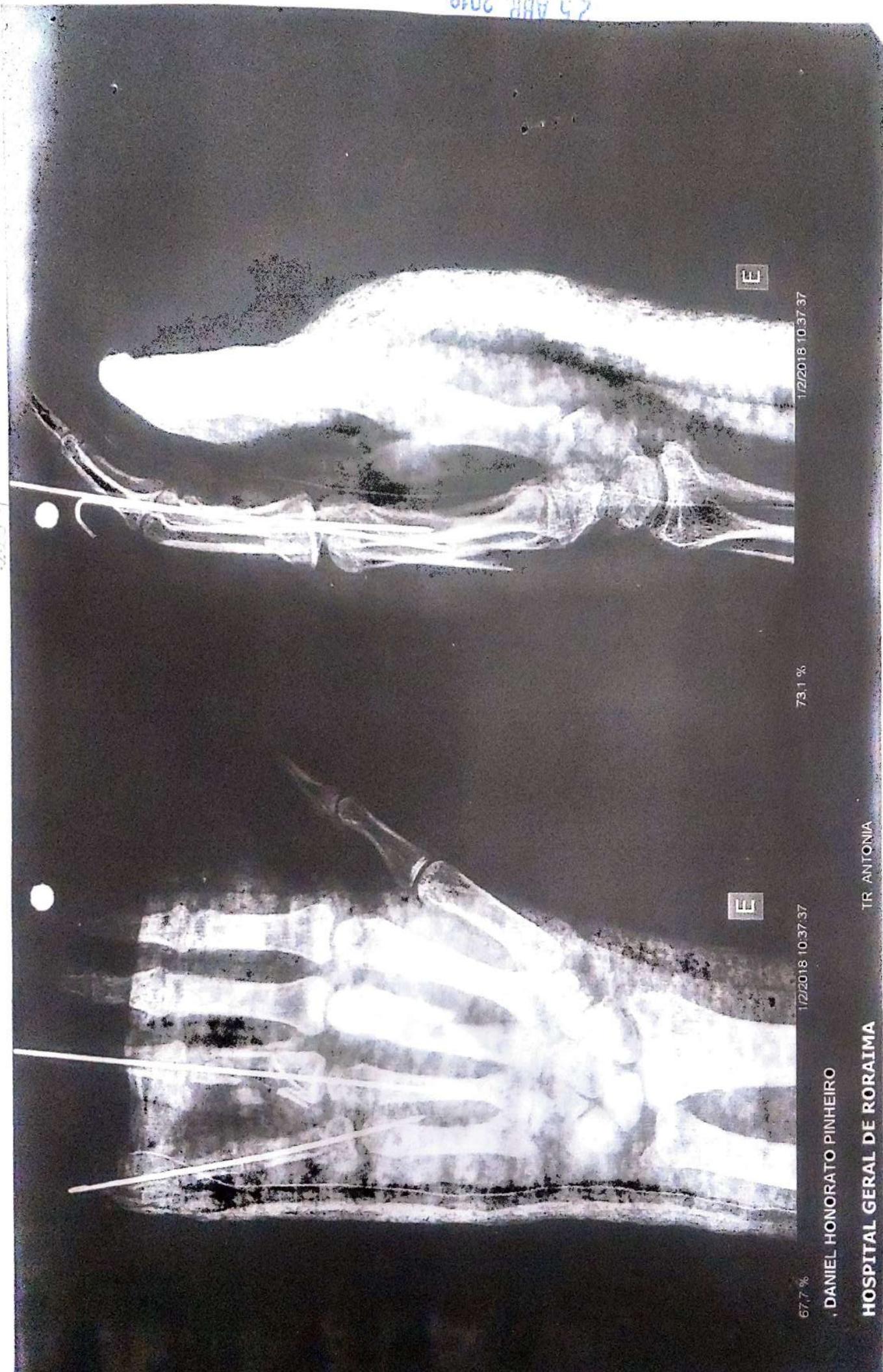




Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ69H NCCBL UDBDZ CS4CK



0808742-37.2020.8.23.0010





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº



UNIDADE:

Bravo I EQUIPE: TEC: Douglas Card. Gutierrez

CRM:

Número:

Nome:

CPF:

RG:

NASC:

SEXO:

ESTADO:

CIDADE:

UF:

PAÍS:

NACIONALIDADE:

COR RACIAL:

ETNIA:

CIDADE:

UF:

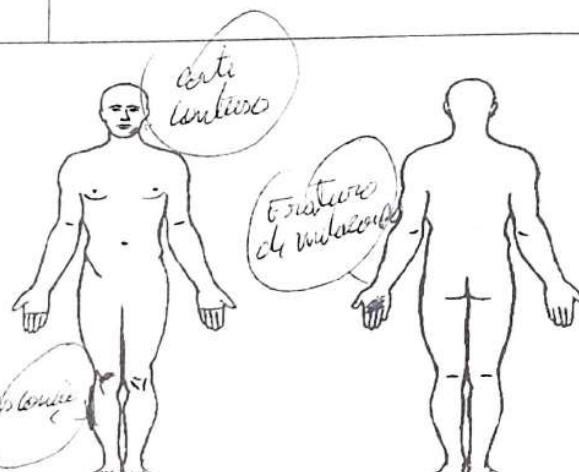
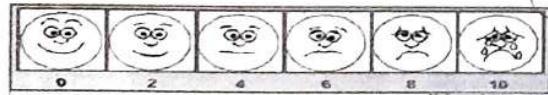
PAÍS:

NACIONALIDADE:

PERFIL 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:	
[] Com cartão [] 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 (decorticacão)	3 pontos	
	Extensão (descerebracão)	2 pontos	
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto	
3.	Resposta Verbal (V)	Orientado	4 pontos
	Confuso	4 pontos	
	Palavras inapropriadas	3 pontos	
	Sons incompreensíveis	2 pontos	
	Sem resposta	1 ponto	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Foi resgatado no local acidentado, de intensa tomorria, sem nível de consciência, com suspeita de lesão motora e sensorial, com fratura exposta de metade corpo esquerdo, lesão contuso, na região da genitália, exponendo M1, Ducto, testículo, RFO comunicado, o centro de ressuscitação que não orientou a condução P/ OGT: HGR

DOCUMENTO
ORIGINAL

03/18/2020
Sephora

Douglas
997045

25 ABR. 2020

21/01/018

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



99136336
21/01/18

1800897165	21/01/2018 04:04:12	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			NOTURNO 19- 11	
Paciente		Data Atendimento	Idade	CNS	CPF 07	
DANIEL HONORATO PINHEIRO		27/04/1990	27 A 8 M 24 D		Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	
IDENTIDADE				M	Raça/Cor	
Mãe					Naturalidade	
RAIMUNDA HONORATO DA SILVA					BRASILEIRA	
Endereço						Ocupação
RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão	
Selar	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Quicixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
<i>Dúvida de quebra</i>						
Anamnese de Enfermagem			GSC	TOTAL		
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)						
<i>Histórico de antecedentes de saúde de paciente - não tem</i> <i>27/01/2018 - não tem antecedentes.</i>						
Exame Físico						
<i>Abdômen doloroso, defomado, sensível taurineal e hiperativado. H</i> <i>peito normal, pulmões auscultados normais.</i> <i>Reumatismo crônico, não tem lesões cutâneas (fins).</i>						
Hipótese Diagnóstica						
<i>Fratura de metacarpó e falanges + dor no lado direito.</i>						
SADT - Exames Complementares						
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____						
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
<i>(i) Difícil de curar</i> <i>(ii) Reabilitação</i> <i>(iii) Sustento com cinta e bandagem.</i>						
<i>(iv) Colabore na 29 operação.</i> <i>(v) Use mal 100% sed + 100% H2O, 37°C e seco</i> <i>(vi) A.t.e.</i>				<i>DOCUMENTO ORIGINAL</i>		
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revista <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>metacarpiano</i>						
Wendell.Rabelo Médico CRM-RR 1965 Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / /						
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / /						
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: alexsandro.pereira Data Hora: 21/01/2018 04:04:41						
 <i>25 ABR. 2018</i>						

E. P. de ...
Parece que o Juiz é
o prolator da Petição
que não tem feito o encarte
do F1 da 1^a Q.D. +
3^o parágrafo do F1 da 3^a Q.D.
CD: Q. Prostribuição e anti-S. cert. +
anexo e ATT.
O Fabreto Carlos Lins
- Atto Cívico.

Manoel
PROJUDI
2018-03-19 10:00
PROJUDI
MANOEL

Manoel
PROJUDI
2018-03-19 10:00
PROJUDI
MANOEL



*DOCUMENTO
ORIGINAL*

25 ABR. 2018



SUS Sistema Único de Saúde	Hospitalar da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES		
HCR				
5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		
HCR		263038		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - DATA DE NASCIMENTO		
Denise Honório Luhine		29/10/40		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - SEXO		
710123103153151271520		M		
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - FONE DE CONTATO		
Raimunda Honório da Silva		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BARRA)		
Rua CC20 180, conjunto Cidadão		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Boa Vista		14 - COD. IEGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<p>10h Pct histone grande mdc = 3h de menor. Tx 1x 3º MTC + 2º fáse + 4º fáse → 2d</p>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<p>DOCUMENTO ORIGINAL</p>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>61 Tx minima</p>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
família 1x pto mdc (c)				
21 - CD 10 PRINCIPAL 22 - CD 10 SECUNDÁRIO 23 - CD 10 TERCIÁRIO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
11º curativo 1º exp. mdc				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA 27 - TIPO DE INTERNAÇÃO				
28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
21/10/18				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍFICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
1 EMPREGADO 2 EMPREGADOR 3 AUTÔNOMO 4 DESPROVEDO 5 APOSENTADO 6 NÃO SEGURO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - CNPJ EMPRESA				
38 - CNAE DA EMPRESA				
39 - SÉRIE				
40 - CSOR				
41 - N° DO SEGURO				
42 - NOME DO PESSOAL COMO TRABALHADOR				
43 - AUTORIZAÇÃO				
44 - CÓDIGO DO MÉDICO				
45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
21/11/18 25/04/2018 2676				
até 31/12/2018				

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

2020-6

UNIDADE DE ATENDIMENTO:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO: RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
OBSERVAÇÕES:

DATA / HORA:	DATA / HORA:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: OBSERVAÇÕES:
21/03/2020 11:18	12:18 24/03	SNV 18:00 PA 93/54
	14:00 22/03	FP 67 360
	16:00 24/03	13:45 14 = 93 x 6.2
	17:12 24/03	EC 76 Tax 36.2
	17:14 24/03	
	20:08 25/03	06:00
	06:00 26/03	PA 95 x 56
	06:00 27/03	EC 69
	06:00 28/03	
	06:00 29/03	
	06:00 30/03	
	06:00 31/03	
	06:00 01/04	
	06:00 02/04	
	06:00 03/04	
	06:00 04/04	
	06:00 05/04	
	06:00 06/04	
	06:00 07/04	
	06:00 08/04	
	06:00 09/04	
	06:00 10/04	
	06:00 11/04	
	06:00 12/04	
	06:00 13/04	
	06:00 14/04	
	06:00 15/04	
	06:00 16/04	
	06:00 17/04	
	06:00 18/04	
	06:00 19/04	
	06:00 20/04	
	06:00 21/04	
	06:00 22/04	
	06:00 23/04	
	06:00 24/04	
	06:00 25/04	
	06:00 26/04	
	06:00 27/04	
	06:00 28/04	
	06:00 29/04	
	06:00 30/04	
	06:00 31/04	
	06:00 01/05	
	06:00 02/05	
	06:00 03/05	
	06:00 04/05	
	06:00 05/05	
	06:00 06/05	
	06:00 07/05	
	06:00 08/05	
	06:00 09/05	
	06:00 10/05	
	06:00 11/05	
	06:00 12/05	
	06:00 13/05	
	06:00 14/05	
	06:00 15/05	
	06:00 16/05	
	06:00 17/05	
	06:00 18/05	
	06:00 19/05	
	06:00 20/05	
	06:00 21/05	
	06:00 22/05	
	06:00 23/05	
	06:00 24/05	
	06:00 25/05	
	06:00 26/05	
	06:00 27/05	
	06:00 28/05	
	06:00 29/05	
	06:00 30/05	
	06:00 31/05	
	06:00 01/06	
	06:00 02/06	
	06:00 03/06	
	06:00 04/06	
	06:00 05/06	
	06:00 06/06	
	06:00 07/06	
	06:00 08/06	
	06:00 09/06	
	06:00 10/06	
	06:00 11/06	
	06:00 12/06	
	06:00 13/06	
	06:00 14/06	
	06:00 15/06	
	06:00 16/06	
	06:00 17/06	
	06:00 18/06	
	06:00 19/06	
	06:00 20/06	
	06:00 21/06	
	06:00 22/06	
	06:00 23/06	
	06:00 24/06	
	06:00 25/06	
	06:00 26/06	
	06:00 27/06	
	06:00 28/06	
	06:00 29/06	
	06:00 30/06	
	06:00 31/06	
	06:00 01/07	
	06:00 02/07	
	06:00 03/07	
	06:00 04/07	
	06:00 05/07	
	06:00 06/07	
	06:00 07/07	
	06:00 08/07	
	06:00 09/07	
	06:00 10/07	
	06:00 11/07	
	06:00 12/07	
	06:00 13/07	
	06:00 14/07	
	06:00 15/07	
	06:00 16/07	
	06:00 17/07	
	06:00 18/07	
	06:00 19/07	
	06:00 20/07	
	06:00 21/07	
	06:00 22/07	
	06:00 23/07	
	06:00 24/07	
	06:00 25/07	
	06:00 26/07	
	06:00 27/07	
	06:00 28/07	
	06:00 29/07	
	06:00 30/07	
	06:00 31/07	
	06:00 01/08	
	06:00 02/08	
	06:00 03/08	
	06:00 04/08	
	06:00 05/08	
	06:00 06/08	
	06:00 07/08	
	06:00 08/08	
	06:00 09/08	
	06:00 10/08	
	06:00 11/08	
	06:00 12/08	
	06:00 13/08	
	06:00 14/08	
	06:00 15/08	
	06:00 16/08	
	06:00 17/08	
	06:00 18/08	
	06:00 19/08	
	06:00 20/08	
	06:00 21/08	
	06:00 22/08	
	06:00 23/08	
	06:00 24/08	
	06:00 25/08	
	06:00 26/08	
	06:00 27/08	
	06:00 28/08	
	06:00 29/08	
	06:00 30/08	
	06:00 31/08	
	06:00 01/09	
	06:00 02/09	
	06:00 03/09	
	06:00 04/09	
	06:00 05/09	
	06:00 06/09	
	06:00 07/09	
	06:00 08/09	
	06:00 09/09	
	06:00 10/09	
	06:00 11/09	
	06:00 12/09	
	06:00 13/09	
	06:00 14/09	
	06:00 15/09	
	06:00 16/09	
	06:00 17/09	
	06:00 18/09	
	06:00 19/09	
	06:00 20/09	
	06:00 21/09	
	06:00 22/09	
	06:00 23/09	
	06:00 24/09	
	06:00 25/09	
	06:00 26/09	
	06:00 27/09	
	06:00 28/09	
	06:00 29/09	
	06:00 30/09	
	06:00 31/09	
	06:00 01/10	
	06:00 02/10	
	06:00 03/10	
	06:00 04/10	
	06:00 05/10	
	06:00 06/10	
	06:00 07/10	
	06:00 08/10	
	06:00 09/10	
	06:00 10/10	
	06:00 11/10	
	06:00 12/10	
	06:00 13/10	
	06:00 14/10	
	06:00 15/10	
	06:00 16/10	
	06:00 17/10	
	06:00 18/10	
	06:00 19/10	
	06:00 20/10	
	06:00 21/10	
	06:00 22/10	
	06:00 23/10	
	06:00 24/10	
	06:00 25/10	
	06:00 26/10	
	06:00 27/10	
	06:00 28/10	
	06:00 29/10	
	06:00 30/10	
	06:00 31/10	
	06:00 01/11	
	06:00 02/11	
	06:00 03/11	
	06:00 04/11	
	06:00 05/11	
	06:00 06/11	
	06:00 07/11	
	06:00 08/11	
	06:00 09/11	
	06:00 10/11	
	06:00 11/11	
	06:00 12/11	
	06:00 13/11	
	06:00 14/11	
	06:00 15/11	
	06:00 16/11	
	06:00 17/11	
	06:00 18/11	
	06:00 19/11	
	06:00 20/11	
	06:00 21/11	
	06:00 22/11	
	06:00 23/11	
	06:00 24/11	
	06:00 25/11	
	06:00 26/11	
	06:00 27/11	
	06:00 28/11	
	06:00 29/11	
	06:00 30/11	
	06:00 31/11	
	06:00 01/12	
	06:00 02/12	
	06:00 03/12	
	06:00 04/12	
	06:00 05/12	
	06:00 06/12	
	06:00 07/12	
	06:00 08/12	
	06:00 09/12	
	06:00 10/12	
	06:00 11/12	
	06:00 12/12	
	06:00 13/12	
	06:00 14/12	
	06:00 15/12	
	06:00 16/12	
	06:00 17/12	
	06:00 18/12	
	06:00 19/12	
	06:00 20/12	
	06:00 21/12	
	06:00 22/12	
	06:00 23/12	
	06:00 24/12	
	06:00 25/12	
	06:00 26/12	
	06:00 27/12	
	06:00 28/12	
	06:00 29/12	
	06:00 30/12	
	06:00 31/12	
	06:00 01/01	
	06:00 02/01	
	06:00 03/01	
	06:00 04/01	
	06:00 05/01	
	06:00 06/01	
	06:00 07/01	
	06:00 08/01	
	06:00 09/01	
	06:00 10/01	
	06:00 11/01	
	06:00 12/01	
	06:00 13/01	
	06:00 14/01	
	06:00 15/01	
	06:00 16/01	
	06:00 17/01	
	06:00 18/01	
	06:00 19/01	
	06:00 20/01	
	06:00 21/01	
	06:00 22/01	
	06:00 23/01	
	06:00 24/01	
	06:00 25/01	
	06:00 26/01	
	06:00 27/01	
	06:00 28/01	
	06:00 29/01	
	06:00 30/01	
	06:00 31/01	
	06:00 01/02	
	06:00 02/02	
	06:00 03/02	
	06:00 04/02	
	06:00 05/02	
	06:00 06/02	
	06:00 07/02	
	06:00 08/02	
	06:00 09/02	
	06:00 10/02	
	06:00 11/02	
	06:00 12/02	
	06:00 13/02	
	06:00 14/02	
	06:00 15/02	
	06:00 16/02	
	06:00 17/02	
	06:00 18/02	
	06:00 19/02	
	06:00 20/02	
	06:00 21/02	
	06:00 22/02	
	06:00 23/02	
	06:00 24/02	
	06:00 25/02	
	06:00 26/02	
	06:00 27/02	
	06:00 28/02	
	06:00 29/02	
	06:00 30/02	
	06:00 31/02	
	06:00 01/03	
	06:00 02/03	
	06:00 03/03	
	06:00 04/03	
	06:00 05/03	
	06:00 06/03	
	06:00 07/03	
	06:00 08/03	
	06:00 09/03	
	06:00 10/03	
	06:00	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
'Amazônia Patrimônio dos Brasileiros'

2000
Emergência / Ortopedia

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Pinheiro, 27a 25/03/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	TEMPO DE ANESTESIA											
			15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
A	N 20													
	O2													
LÍQUIDOS VENOSOS	(M)													
	10													
DA	*C 240													
X	38 220													
ULSO	36 200													
O	34 180													
ANES	32 160													
X	30 140													
OP	120													
O	100													
TEMP	80													
ASPIR.	60													
A	60													
RESP	40													
O	20													
Exponl														
Assist														
Contro														
SÍMBOLOS														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39		
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52		
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65		
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78		
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91		
92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104		
105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117		
118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130		
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143		
144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156		
157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169		
170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182		
183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195		
196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208		
209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221		
222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234		
235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247		
248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260		
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273		
274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286		
287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299		
300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312		
313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325		
326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338		
339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351		
352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364		
365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377		
378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390		
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403		
404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416		
417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429		
430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442		
443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455		
456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468		
469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481		
482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494		
495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507		
508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520		
521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533		
534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546		
547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559		
560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572		
573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585		
586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598		
599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611		
612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624		
625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637		
638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650		
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663		
664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676		
677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689		
690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702		
703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715		
716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728		
729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741		
742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754		
755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767		
768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780		
781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793		
794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806		
807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819		
820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832		
833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845		
846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858		
859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871		
872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884		
885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897		
898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910		
911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923		
924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936		
937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949		
950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962		
963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975		
976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988		
989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001		

7- Tencicam 400 mg EV.
8- Propofol 30mg EV.
9- Dipirona 20g EV.
— à SRPA.

25 ABR. 2018

Dra. Evelyn Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 18

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: PJVGP PS6K HPFXS RDZ6A



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

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

Daniel Moreira Lameira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: hérnia inguinal direita (6)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: LMC + Dafis da FD

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Alderson 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Geraldo ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Pct. SAIH sob anestesia
- (2) oxi + anestesia
- (3) conforto estéril
- (4) LMC urgente c/ SFC, 77
- (5) nefis c/ myias
- (6) Tela fundida
- (7) tycosia
- (8) _____

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

REGISTRO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Daniel Honório Pinheiro</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>21/10/15</i>		
CIRURGIA					
TIPO <i>Ostesíse MSO</i>	TEMPO DE DURAÇÃO				
	INICIO <i>09:55</i>	FIM <i>10:15</i>	TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Di Wilderson</i>	ANESTESISTA: <i>Dra. Lucine</i>				
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <i>Res. Flávia + Pelic</i>				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
TIPO DE ANESTESIA: <i>B P B</i>	CIRCULANTE <i>Lili + Socres + Miracy + Liane</i>				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	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 3/0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTO			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
2	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
3	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
4	SERINGA 10ML			GEOFOAM <i>(ex: vacavacapa)</i>	
5	SERINGA20ML		60ml	FITA CARDIACA <i>(atadura) 30cm</i>	
1	Eletrodos		100ml	OUTROS: <i>Eletrocauterio</i>	
1	cutterer O ₂				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Stefanie + Orika</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS			VAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Lili + miracy + Luana + Wellington + Socres + Nilmara</i>	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA			SUB- TOTAL
					SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

25 ABR. 2018

四百三



NAME: Daniel Fronzato **GRADE:** 11 **CLASS:** ENGLISH

CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM

TRANSPORATÓRIO								SISA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Inicio	Término	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Instrumentos utilizados	Localização	Sinais vitais		
<input checked="" type="checkbox"/> Chegada: OAN25	<input checked="" type="checkbox"/> Internação: 10/11/12	10:55	10:15	10:19	<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia Realizada	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> BPP	<input checked="" type="checkbox"/> Instrumentos internos	<input checked="" type="checkbox"/> P	<input checked="" type="checkbox"/> PA	<input checked="" type="checkbox"/> SPO2
<input checked="" type="checkbox"/> Outros:					<input checked="" type="checkbox"/> UVM manual	<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Hemodiluidos	<input checked="" type="checkbox"/> 1h	<input checked="" type="checkbox"/> 57	<input checked="" type="checkbox"/> 152/86
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia proposta: ÓTICO					<input checked="" type="checkbox"/> Histeroscopia	<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Clínica	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 75	<input checked="" type="checkbox"/> 90x10
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Intubada	<input checked="" type="checkbox"/> Antibiote	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Plasma	<input checked="" type="checkbox"/> 45'	<input checked="" type="checkbox"/> 30	<input checked="" type="checkbox"/> 93
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Posto de enfermeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 30'		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> Posicionamento	<input checked="" type="checkbox"/> Clínica	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 1h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> Hemodiluidos	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 1h30		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 2h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 2h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 3h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 1h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 2h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 1h30		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 2h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 3h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 4h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 5h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 6h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 7h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 8h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 9h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 10h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Data:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 11h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 12h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 13h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 14h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 15h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 16h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 17h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 18h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 19h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 20h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 21h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 22h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 23h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 24h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 25h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 26h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 27h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 28h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 29h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 30h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 31h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 32h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 33h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 34h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 35h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 36h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 37h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 38h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 39h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 40h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 41h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 42h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 43h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 44h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 45h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 46h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 47h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 48h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 49h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 50h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 51h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 52h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 53h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 54h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 55h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 56h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 57h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 58h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 59h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 60h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 61h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 62h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 63h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 64h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 65h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 66h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 67h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 68h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 69h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 70h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 71h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 72h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 73h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 74h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 75h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 76h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 77h		
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia realizada:	<input checked="" type="checkbox"/> UVM, I				<input checked="" type="checkbox"/> Antibiotico	<input checked="" type="checkbox"/> SG a 10%	<input checked="" type="checkbox"/> Nome:	<input checked="" type="checkbox"/> Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> 78h		

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 procuraçāo que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

Assinatura digital

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS

OAB/RR 1639

Data: 17/03/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 3^a Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

Data: 17/03/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 17/03/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

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, intimem-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 (caso 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, intimem-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

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

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

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 NAKAUCH 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

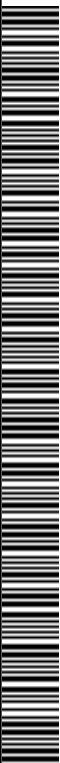
Por ordem do MM. Juiz(a) Rodrigo Bezerra Delgado, Titular da 3ª Vara Cível desta Comarca, em cumprimento a este, fica a parte promovida, **CITADA ELETTRONICAMENTE** para tomar conhecimento da ação acima mencionada, nos termos da petição inicial e do despacho/decisão judicial retro, ficando a mesma advertida 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**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza 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 incontrovertido 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.				
Sequela: Com sequela				
Conduita 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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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).

ITAU - 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:
BB82407C6B20E178C96DCBEC02E42260E5595BF7B092595806D2ED443BAC9

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;

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 SESSENTA 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.

⁵Súmula 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 da 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 horários 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.

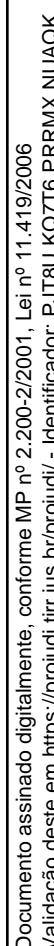
Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- 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 expresso 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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADADAÇÃO

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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINA 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

JOSELAINA 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 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, 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: JLOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Sobrenome(s): DANIEL HONORATO PINHEIRO

informações que o pagamento da indenização e Seguro D. V. V. foi feita 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%
Solução: Encadeio - 25%

Graduação: Em grau leve 25%
Século XXI - PUC-Rio / PUC/MG

% 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Ribeiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Daniel Honorato Ribeiro			
Profissão: Gari	Endereço: Rua CC 20	Número: 180	Complemento:
Bairro: Kauar Moreira	Cidade: Bon Vista	Estado: RR	CEP: 69.318-095
E-mail: thoile@hotmail.com	Tel.(DDD):		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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: 0653 <input type="checkbox"/> CONTA: 139-897 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0653 <input type="checkbox"/> CONTA: 139-897 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (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):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando nente, 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: **Bon Vista - RR**
Nome: **Daniel Honorato Ribeiro**
CPF: **529.989.672-72**

(*) Assinatura de quem assina Á ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	529.989.672-72	Daniel Honorato Ribeiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Daniel Honorato Ribeiro			
Profissão: Gari	Endereço: Rua CC 20	Número: 180	Complemento:
Bairro: Kauar Moreira	Cidade: Bon Vista	Estado: RR	CEP: 69.318-095
E-mail: thoile@hotmail.com	Tel.(DDD):		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 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: 0653 <input type="checkbox"/> CONTA: 139-897 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (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):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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"/> Divorciado <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 devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando nente, 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: **Bon Vista - RR**
Nome: **Daniel Honorato Ribeiro**
CPF: **529.989.672-72**

(*) Assinatura de quem assina Á ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2º | Nome: _____
CPF: _____
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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
529.989.672-72		Daniel Henrique Pinheiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: <i>Daniel Henrique Pinheiro</i>		CPF: 529.989.672-72	
Profissão: <i>Gargom</i>	Endereço: Ria. 00 - 20	Número: 380	Complemento:
Bairro: <i>Jacaraí Morena</i>	Idade: Bem Vista	Estado: Paraná	CEP: 89.318-045
E-mail: <i>Alvaro@Hotmail.com</i>		Tel.(DDD): (45) 9125-9536	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 529.989

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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, *Ron Vieira - RR, CR: 31-2015*
Nome: *Daniel Henrique Pinheiro*
CPF: *529.989.672-72*

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Daniel Henrique Pinheiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

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 RODO, 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 <https://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

529.489.672 - 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	529.489.672 - 72	Profissão	Governante
Endereço	Rua CC 20	Muníciro	180	Complemento	
Bairro	Lourdes Morena	Cidade	Bonito	Estado	MS
Email	INDIRR@HOTMAIL.COM	CEP	69.318-095	Telefone (DDO)	(65) 99156-4182

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir na endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADISCO (337) BANCO DO BRASIL (061) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

0653

DNB

Nº:

139.893

BNF

Nº:

3

Informar dígito se existir:

Informar dígito se existir:

CONTA CORRENTE (seus os bancos)

BANCO

Nº:

DNB

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

DNB

Nº:

CONTA

Nº:

DNB

Nº:

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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO
ORIGINAL

Bonito 30 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Henrique Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF001-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 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	Governante
Endereço	Rua CC20	Número	180	Complemento	
Bairro	Santo Amaro	Cidade	Braúnta	Estado	Roraima
Email	INQUIRR@HOTMAIL.COM	CEP	69.318-095	Telefone (DDD)	(65) 99154-4182

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Seguir, esta assinatura é uma cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 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

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DOCUMENTO
ORIGINAL

Ren. V. Anto 30 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Daniel Henrique Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.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: Suelba 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 (VITIMA)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade: 38

Profissão: Bebê

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nº: 108

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino

Profissão: Garçom

Idade: 27

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino

Profissão: Pedreiro

Idade: 43

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4756642

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DOCUMENTO
ORIGINAL



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

Página 1 de 3

PPB - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

Legisador: JOSE MARIA CARNEIRO
Bairro: PEROLA

Nº 255

Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VITIMA)

Sexo: Masculino

Idade: 32

Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço:

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: S-29
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 108

Razão Social: PDEICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Representante: Sdpm. Idelson Fernandes da

Ramo de Atuação: Órgão público

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: Véiculo: Roraima	Município Véiculo: 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: NAO1620	Número do Chassi: 02004
Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011	Cor: PRETA
UF: Véiculo: Roraima	Município Véiculo: 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

DOCUMENTO
ORIGINAL

RELATO/HISTÓRICO

O RCP 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 ZÉDIO 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 apresenta visíveis estudo de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafômetro, 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 perda devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suelba Cardoso da Silva
Impresso por: Nicella 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 Abandono

"Declaro para os efeitos da lei de que o(a) agente(a) responsável pelas informações constante assinadas e inseridas no protocolo informado acima é corretamente identificada e criminalmente pelo presente declarante que as mesmas, conforme previsto nos Artigos 279-Documentos Cíveis e 345-Comunicação Falsa ou de Falsa ou de Contravenção ao Código Penal Brasileiro."

DAT

31 MAR 2018

ESTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suelba Cardoso da Silva
Impresso por: Nicéla Moreira 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 N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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 n° 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

DAT
21 MAR 2018
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 Policia: 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)	Idade 38
Nacionalidade: Brasileira	
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))	Idade 27
Nacionalidade: Brasileira	
Profissão: Garçom	
Estado Civil: Solteiro(a)	

Endereço

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

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPPOSTO AUTOR/INFRATOR)	Idade 43
Nacionalidade: Brasileira	
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 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

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

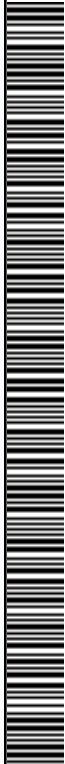
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAO1629	Número do Chassi 02004
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor PRETA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150	Modelo DAFRA/SPEED 150
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

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 estudo de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafômetro, 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.

DOCUMENTO
ORIGINAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS

Priscila Carneiro

Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão
Responsável pelo Atendimento

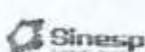
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

01 MAR 2018

ENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suelia Cardoso da Silva
Impresso por: Nicéia 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



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 Policia: 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
Profissão: Babá
Estado Civil: Solteiro(a)

Idade: 38

Endereço

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

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

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

Endereço

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

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

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

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 Araújo
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

DOCUMENTO
ORIGINAL

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

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

DOCUMENTO
ORIGINAL

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 Joubemilson 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 apresenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafomentro, 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: Suelba Cardoso da Silva
Impresso por: Nicelia 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 assinaladas e declaro 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

ENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

DOCUMENTO
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suelia 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 N° 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018
ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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



25 ABR. 2018

**DOCUMENTO
ORIGINAL**



DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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

Daniel Henrique Penteado

CPF da Vítima

539.989.672-32

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.

Belo Horizonte, 20 de Fevereiro de 2018

Lugar e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário.

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DANIEL HENRIQUE PENTEADO

25 ABR. 2018



DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais detalhamento, acesse o site <https://www.seguradoredelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0900 0221204 ou 0800 0221205 (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 erros. O Representante Legal* é obrigatório para as seguintes causas:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal 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 vítimas intituladas como curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Daniel Henrique Pinto	529.989.670-32	21/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

Dedico, sob as penas da lei, que assino irrevogavelmente de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da 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 Indemnização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o preenчamento da anotação da minha documentação veicular à apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desse jeito, em renunciar à perícia médica às custas da Seguradora Líder-DPVAT para a minha avaliação da subjetividade e alívio do grau de lesão, ou lesões, para os fins 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 rendimento ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bonito, 30 de Fevereiro de 2018

Lugar e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 001/001/2017

25 ABR. 2018

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº																																																														
 Bravo I UNIDADE EQUIPE: <i>Bravo 1 - Dr. Douglas Cardoso</i> <i>medicina</i>																																																																
Paciente: <i>Daniel Henrique Panheiro</i> Idade: <i>27</i> Sexo: <i>M</i> Nacionalidade: <i>Branca</i> Raça: <i>Branca</i> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia Endereço: <i>AV. N° 23</i> Bairro: <i>Heliópolis</i>																																																																
N° <i>1164</i> DATA <i>23/01/2018</i> Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>Oliveira</i>		HORA J/9: <i>7:40</i> BASE () VIA (✓) () RÁDIO HORA J/10: <i>7:47</i> () CELULAR																																																														
MOTIVO: <i>SOCORRO / TRANSPORTE / ATENDIDO NO LOCAL / OUTRO</i> <i>Entravias</i>																																																																
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input checked="" type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe <input checked="" type="checkbox"/>																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AUTOMÓVEL</th> <th colspan="2">AUTOMÓVEL</th> <th colspan="2">VIOLENCIA</th> <th colspan="2">OUTROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <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 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado </td> <td colspan="2"> <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 </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente-Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <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 type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Outro: </td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS		<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"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima 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		<input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente-Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal		PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <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 type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> Outro:																																									
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLENCIA		OUTROS																																																										
<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"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima 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		<input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente-Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal																																																										
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <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 type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa		<input type="checkbox"/> Outro:																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">MECANISMO DE TRAUMA</th> <th colspan="4">AVALIAÇÃO INICIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"> VIAS AEREAIS <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: </td> <td colspan="4"> VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Tagópneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta </td> <td colspan="4"> AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> SINAIS VITais E ESCORES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>APAGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>19</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>18</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table> </td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table>			MECANISMO DE TRAUMA				AVALIAÇÃO INICIAL				VIAS AEREAIS <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:				VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Tagópneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal				CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta				AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV				SINAIS VITais E ESCORES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>APAGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>19</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>18</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>				Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	Início	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>19</i>	<i>99</i>	—	—	—	—	Fim	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>18</i>	<i>99</i>	—	—	—	—							
MECANISMO DE TRAUMA				AVALIAÇÃO INICIAL																																																												
VIAS AEREAIS <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:				VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Tagópneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal																																																												
CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicardico <input type="checkbox"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta				AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																																												
SINAIS VITais E ESCORES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>APAGAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>19</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>18</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>				Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	Início	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>19</i>	<i>99</i>	—	—	—	—	Fim	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>18</i>	<i>99</i>	—	—	—	—																																		
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR																																																								
Início	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>19</i>	<i>99</i>	—	—	—	—																																																								
Fim	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>18</i>	<i>99</i>	—	—	—	—																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA</th> <th colspan="4">QUEIMADURAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Pele <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"/> Clamótico </td> <td> Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante </td> <td> Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Farinato ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula </td> <td> Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo </td> <td> Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento </td> <td colspan="4"> Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doíoso <input type="checkbox"/> Evaceração </td> </tr> <tr> <td> Pélvis <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ecografiações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade </td> <td> Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações </td> <td> MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td colspan="4"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ABDOME</th> <th>M&O</th> <th>M&E</th> <th>M&D</th> <th>M&B</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>			AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				QUEIMADURAS				Pele <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"/> Clamótico	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Farinato ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doíoso <input type="checkbox"/> Evaceração				Pélvis <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ecografiações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ABDOME</th> <th>M&O</th> <th>M&E</th> <th>M&D</th> <th>M&B</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME	M&O	M&E	M&D	M&B	TOTAL %	1 ^o									2 ^o									3 ^o								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				QUEIMADURAS																																																												
Pele <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"/> Clamótico	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Farinato ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doíoso <input type="checkbox"/> Evaceração																																																											
Pélvis <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Ecografiações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ABDOME</th> <th>M&O</th> <th>M&E</th> <th>M&D</th> <th>M&B</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3^o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME	M&O	M&E	M&D	M&B	TOTAL %	1 ^o									2 ^o									3 ^o																												
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOME	M&O	M&E	M&D	M&B	TOTAL %																																																								
1 ^o																																																																
2 ^o																																																																
3 ^o																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AVALIAÇÃO CARDIACA</th> <th colspan="2">AFFECTO CLINICA</th> <th colspan="4">HISTÓRIA PREGRESSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto </td> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatrica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DISPONIBILIDADE COMPROVADA </td> <td colspan="2"> LESO <i>MELO</i> PEQUENA <i>MELO</i> MÉDIA <i>MELO</i> SEVERA <i>MELO</i> </td> <td colspan="4"> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA <i>MELO</i> </td> </tr> </tbody> </table>			AVALIAÇÃO CARDIACA		AFFECTO CLINICA		HISTÓRIA PREGRESSA				<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatrica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso				DISPONIBILIDADE COMPROVADA		LESO <i>MELO</i> PEQUENA <i>MELO</i> MÉDIA <i>MELO</i> SEVERA <i>MELO</i>		LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA <i>MELO</i>																																									
AVALIAÇÃO CARDIACA		AFFECTO CLINICA		HISTÓRIA PREGRESSA																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neuropatia <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto		<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatrica <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso																																																												
DISPONIBILIDADE COMPROVADA		LESO <i>MELO</i> PEQUENA <i>MELO</i> MÉDIA <i>MELO</i> SEVERA <i>MELO</i>		LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA <i>MELO</i>																																																												
<p style="text-align: center;"><i>Assinatura e Carimbo Médico (Endereço de Destino)</i></p> <p style="text-align: center;"><i>21 JAN. 2018</i></p> <p style="text-align: center;"><i>CRM-RR-1803</i></p>																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INCIDENTE</th> <th colspan="2">MEIOS ACIONADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Revisão de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Represa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs: </td> <td colspan="2"> OBSERVAÇÕES <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <i>EM 23/03/18</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DESTINO <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros </td> </tr> </tbody> </table>			INCIDENTE		MEIOS ACIONADOS		<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Revisão de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Represa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:		RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:		OBSERVAÇÕES <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <i>EM 23/03/18</i>		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"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																																															
INCIDENTE		MEIOS ACIONADOS																																																														
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Revisão de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Represa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:																																																														
RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:		OBSERVAÇÕES <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <i>EM 23/03/18</i>																																																														
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"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																																																														
<p style="text-align: right;"><i>25 ABR. 2018</i></p>																																																																



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

ILÓR 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

recorra aqui



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

836000000015.337600750000.00000001081.916102180053



25 MAR. 2018

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Enzo Gómez, 801 – Centro – Boa Vista – RR.
CNPJ: 02.341.476/0001-44 | Fone: Eletrobras: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Bônus Et^a
Regime especial de impostos autorizado pelo SEFAZ nº 013

SEU CÓDIGO
0072159-0

Nº da Nota Fiscal: **000108583**

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.429 de 20 de abril de 2002.

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

DATA DA LEITURA	6936	19/01/2018
Mês:	04/14	DATA DA LEITURA
Anterior:	1.000	Até:
Constante de Multiplicação:	482	Anterior:
Consumo Médio:	482	Próxima Leitura:
Consumo Padrão:	FCAM	Emissor:
		29

RESIDENCIAL	BI	1610002297M 1416441	1.1.1.7	420
CONSUNO	482 A R\$ 0,567794 =	273,67		
TABACALERIA DE DEBITOS	100,80			
ILUMINACAO PUBLICA	18,70			
DEZ/17 482				
NOV/17 510				
OUT/17 474				
SET/17 402				
AGO/17 369				
JUL/17 398				
JUN/17 355				
MAI/17 382				
ABR/17 357				
MAR/17 397				
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
8 A 482 - 0,455770				

LIGUE 08007018128 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Nossos atendentes estão sempre à disposição para esclarecer suas dúvidas. Fale conosco nessa Unidade Consumidor.

RESERVADO AO FISCO	82,57	273,67
COMPOSIÇÃO DA CONTAS - R\$	139,16	79,00
Distribuição	0,03	46,52
Energia	5,50	1,23
Transportes	53,50	5,75
Impostos		Valor do ICMS
		Valor do PIS
		Valor do COFINS

VALORES DADOS EM MILHÕES DE REAIS
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

0072159-0 393,19

01/2018 06/02/2018

000108583 FCAM

Nº da Nota Fiscal: 000108583

25 ABR. 2018

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO		SEU CÓDIGO 0109029-1				
		000986275				
JUNHO/2018	11/07/2018	CONSUMO (LWV)	TOTAL A VENCER			
		201	144,86			
ILOR INACIO DE SOUZA R. ANTONIO P GALVAO 1832 B BURITIS CPF: 00038305151204 CEP: 69.309-209 - BOA VISTA		ROT: 5.001.12.04.021730				
DATA DA LEITURA		LWV	LWV			
001	51323		DATA DA LEITURA			
002	51120		25/06/2018			
003	1.000		24/05/2018			
004	201		25/07/2018			
005	301	FCAM	22/06/2018			
NORMAL			25/06/2018			
DADOS DA UNIÃO DO CONSUMIDOR						
RESIDENCIAL	BI	2207345	N 1519404 1.1.1.2 183			
HISTÓRICO XWV		DESCRICAÇÃO DA CONTA				
MAI/18	205	CONSUMO	201 A R\$ 0,564414 =			
ABR/18	255	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	113,44			
MAR/18	262		31,42			
FEV/18	280					
JAN/18	207					
DEZ/17	183					
NOV/17	155					
OUT/17	142					
SET/17	124					
AGO/17	145					
TARIFAS DE TRIBUTOS:		VALOR TOTAL: R\$ 0,00				
VALOR TOTAL: R\$ 0,00						
MENSAGEM IMPORTANTE/ REAVISO DE VENCIMENTO						
Mes/Ano	Valor R\$	Aviso: consumidor sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 00/07/2018, se não pagar as contas realizadas nesta fatura. Vá no site da Eletrobras para entender melhor o que é uma conta de consumo. Os débitos informados são os valores totais (multas e juros) e já revisados(a)s no dia 19/07/2018 (valor histórico). Caso tenha alguma dúvida, entre em contato com a Eletrobras.				
05/2018	164,77					
ASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LEV) P DEVERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. IGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 16 11 16 21 26						
6216.D6A@.D1F4.2C73.8ZCF.AEC2.D4B1.6EFS						
COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPORTE DE TABELA				
113,44		113,44				
55,09		17,00%				
0,00		19,28				
2,29		0,41				
21,62		1,93				
INDICADORES DE CONTINUIDADE						
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
0,00			0,00		0,00	
FLORESTA					04/2018	56,77
5.001.12.04.021730						
Eletrobras	0109029-1	144,86				
Electrobras	06/2018	11/07/2018				
8366000000194460075000500000001099029106180085	000986275	FCAM				

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: PJAJ 24ARQ WCJWA HTE4R



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	529.989.672-72	Daniel Honorato Ribeiro		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Profissão:	Endereço:	CPF:
Daniel Honorato Ribeiro		Gari	Rua CC 20	529.989.672-72
Bairro:	Kamau Moreira	Cidade:	Boa Vista	Número: 180 Complemento:
E-mail:	Tel.(DDD): 69-318-095			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> REUSO 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 OPCIÃO 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 checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA:	6953	CONTA:	23762	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

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

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 <u>assinalar uma das opções</u> :				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<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
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				

Local e Data: Boa Vista - RR 23/05/19	TESTEMUNHAS
Nome: Daniel Honorato Ribeiro	1º Nome: _____
CPF: 529.989.672-72	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RODO	Assinatura
Daniel Honorato Ribeiro	2º Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	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 SELI RODO, 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.



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 falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Floriano 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 529.489.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro, da Vítima Daniel Henrique Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 529.489.672 / 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>183,5</u>	Complemento
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Bea Vista</u>	<u>Ap. 04</u>
Email	<u>FLORI88@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(95) 309-3059</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99954-4282</u>

Bea Vista 23 de Abril de 2018.

Lugar 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 Flávia Inácio 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 519.989.672 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Taxi/Outros, da Vítima
Daniel Henrique Pinheiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 519.989.672 / 72, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

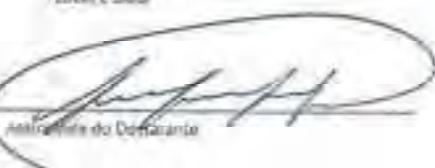
Recuso informar

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	Rua Antônio Pinheiro Góisão	Número	1881	Complemento	Ap 04
Bairro	Buritis	Estado	RR	CEP	69.309-304
Cidade	Boa Vista	Telefone comercial (DDD)	(95) 99154-4282		
E-mail	florirrr@hotmail.com	Telefone celular (DDD)			

Boa Vista, 23 de Abril de 2018,
Local e Data


Assinatura do Declarante

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

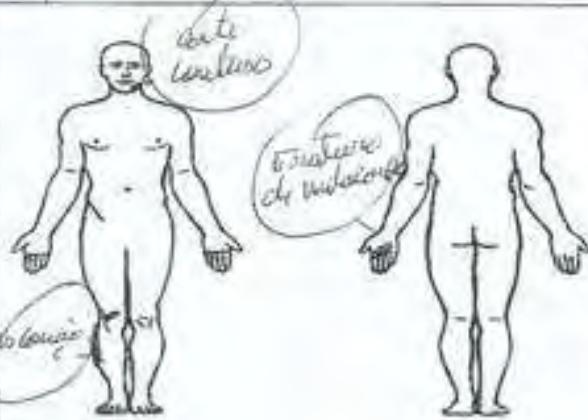
FICHA DE ATENDIMENTO		Nº																											
 PREFEITURA BOA VISTA UNIDADE: Bravo I EQUIPE: Bravo I DIRETOR: Cand. Fábio MARCA Paciente: Daniel Monteiro Panheiço Idade: 27 Sexo: M Nacionalidade: Brasileiro Raça: Brancos Negros / Pardo / Amarelos / Indígenas-Etnias Endereço: AV. N° 23 Bairro: Alto da Glória		 SAMU 192																											
N° 1164 DATA 25/03/2018 HORA AT: 07:40 BASE: I VIA: (M) RÁDIO MEDICO: (R) Regulador(a) Dr(a) CRM: 0460 HORA JATO: 07:47 CELULAR: () MODO: 1.1 SOCORRO 2.2 TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL X OUTRO Emissário INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 1 a 24 horas (X) Mais de 24 horas () Não sabe ()																													
MECANISMO DE TRAJAMA <table border="1"> <tr> <td>AUTOMÓVEL</td> <td>AUTOMÓVEL</td> <td>VIOLENCIA</td> <td>OUTROS</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Uso de cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado </td> <td> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> Espaçamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio </td> <td> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Atéira agress. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agressiva <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão animal </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X W/00 </td> <td> <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete </td> <td> <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> CALÇADA </td> <td> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Pálio </td> <td> <input type="checkbox"/> Ganga </td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS	<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 de cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> Espaçamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Atéira agress. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agressiva <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão animal	MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X W/00		<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Outro: _____	PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Pálio	<input type="checkbox"/> Ganga											
AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS																										
<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 de cinto <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> Espaçamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Atéira agress. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agressiva <input type="checkbox"/> Alagamento <input type="checkbox"/> Agressão animal																										
MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X W/00		<input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete	<input type="checkbox"/> Outro: _____																										
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de bicicleta <input type="checkbox"/> Pálio	<input type="checkbox"/> Ganga																										
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="1"> <tr> <td>VIAS AERÉAS</td> <td>VENTILAÇÃO</td> <td>CIRCULAÇÃO</td> <td>AVAL. NEUROLOGICA</td> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Oclusão Parcial <input type="checkbox"/> Oclusão Total <input type="checkbox"/> Choque extrínseco <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros: </td> <td> <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Disponja <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Stilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal </td> <td> <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Enfarrapamento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade </td> <td> <input type="checkbox"/> MAVON <input type="checkbox"/> Moles <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparência/Atitude Alcoolizada <input type="checkbox"/> DNV </td> </tr> </table>			VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Oclusão Parcial <input type="checkbox"/> Oclusão Total <input type="checkbox"/> Choque extrínseco <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Disponja <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Stilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Enfarrapamento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<input type="checkbox"/> MAVON <input type="checkbox"/> Moles <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparência/Atitude Alcoolizada <input type="checkbox"/> DNV																			
VIAS AERÉAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLOGICA																										
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Oclusão Parcial <input type="checkbox"/> Oclusão Total <input type="checkbox"/> Choque extrínseco <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Disponja <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Stilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Enfarrapamento capilar acima de 2' <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	<input type="checkbox"/> MAVON <input type="checkbox"/> Moles <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparência/Atitude Alcoolizada <input type="checkbox"/> DNV																										
SINAIS-VITais E ESCORES <table border="1"> <tr> <th>Horas</th> <th>P.A mmHg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Bpm</th> <th>Sat. %</th> <th>T. Axial °C</th> <th>Oftalmia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>APAGAR</th> </tr> <tr> <td>inicio</td> <td>200/130x70</td> <td>90</td> <td>19</td> <td>99</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>130/80x70</td> <td>90</td> <td>18</td> <td>99</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>			Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Bpm	Sat. %	T. Axial °C	Oftalmia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	inicio	200/130x70	90	19	99	-	-	-	-	Final	130/80x70	90	18	99	-	-	-	-
Horas	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Bpm	Sat. %	T. Axial °C	Oftalmia	Esc. visual "DOR"	APAGAR																					
inicio	200/130x70	90	19	99	-	-	-	-																					
Final	130/80x70	90	18	99	-	-	-	-																					
ANÁLISES ESTUDEADAS <table border="1"> <tr> <td>Pele</td> <td>Cabeça</td> <td>Face</td> <td>Pescoco</td> <td>Torax</td> <td>Abdome</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Cravida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Crônóbita </td> <td> <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Atrofismo <input type="checkbox"/> Infecção percutânea </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fraturamento ósseo <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Edema na face </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tópico irritativo <input type="checkbox"/> Tempoperioriano <input type="checkbox"/> Faringe Aspirativa <input type="checkbox"/> Enfisema </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Osteofibrose <input type="checkbox"/> Emigração <input type="checkbox"/> Dilatado <input type="checkbox"/> Evacuação </td> </tr> <tr> <td>Pelvis</td> <td>Côlica Dorsal</td> <td>MMSS</td> <td>MMRI</td> <td colspan="2">QUEIMADURAS</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Sensibilidade </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> <input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoco <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdômen <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> Pélvis </td> <td> <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V </td> </tr> </table>			Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Torax	Abdome	<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Cravida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Crônóbita	<input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Atrofismo <input type="checkbox"/> Infecção percutânea	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fraturamento ósseo <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"/> Edema na face	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tópico irritativo <input type="checkbox"/> Tempoperioriano <input type="checkbox"/> Faringe Aspirativa <input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Osteofibrose <input type="checkbox"/> Emigração <input type="checkbox"/> Dilatado <input type="checkbox"/> Evacuação	Pelvis	Côlica Dorsal	MMSS	MMRI	QUEIMADURAS		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Sensibilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoco <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdômen <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> Pélvis	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Torax	Abdome																								
<input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Cravida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Crônóbita	<input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Atrofismo <input type="checkbox"/> Infecção percutânea	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fraturamento ósseo <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"/> Edema na face	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tópico irritativo <input type="checkbox"/> Tempoperioriano <input type="checkbox"/> Faringe Aspirativa <input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Osteofibrose <input type="checkbox"/> Emigração <input type="checkbox"/> Dilatado <input type="checkbox"/> Evacuação																								
Pelvis	Côlica Dorsal	MMSS	MMRI	QUEIMADURAS																									
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Sensibilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Cabeça <input type="checkbox"/> Pescoco <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdômen <input type="checkbox"/> Genitais <input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> Pélvis	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V																								
AVALIAÇÃO CARDÍACA <table border="1"> <tr> <td>Ritmo: Regular</td> <td>Respiratória: Normal</td> <td>Disp. Normal</td> <td>Histórico: Normal</td> </tr> <tr> <td>Taquicardia</td> <td>Neopneum.</td> <td>Intoxic.</td> <td>Medicamento de uso: +</td> </tr> <tr> <td>Bradycardia</td> <td>Edem.</td> <td>Congest.</td> <td>Outros:</td> </tr> <tr> <td>Fibril.</td> <td>Edema pulm.</td> <td>HAB</td> <td></td> </tr> </table>			Ritmo: Regular	Respiratória: Normal	Disp. Normal	Histórico: Normal	Taquicardia	Neopneum.	Intoxic.	Medicamento de uso: +	Bradycardia	Edem.	Congest.	Outros:	Fibril.	Edema pulm.	HAB												
Ritmo: Regular	Respiratória: Normal	Disp. Normal	Histórico: Normal																										
Taquicardia	Neopneum.	Intoxic.	Medicamento de uso: +																										
Bradycardia	Edem.	Congest.	Outros:																										
Fibril.	Edema pulm.	HAB																											
AVALIAÇÃO CLÍNICA <table border="1"> <tr> <td>FEVOSO</td> <td>PEQUENA</td> <td>EXCEDE</td> <td>EXCESSOS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>CHOCO. NEUTRO</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>CHOCO. NEUTRO</td> <td></td> </tr> </table>			FEVOSO	PEQUENA	EXCEDE	EXCESSOS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA			CHOCO. NEUTRO				CHOCO. NEUTRO																
FEVOSO	PEQUENA	EXCEDE	EXCESSOS INCOMPATÍVEIS COM A VIDA																										
		CHOCO. NEUTRO																											
		CHOCO. NEUTRO																											
AVALIAÇÃO DE CONTUSÃO <table border="1"> <tr> <td>Assinatura do Clínico Médico (Somente os Dados que constam no atestado)</td> <td>AS MÉTOS ACIONADOS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Assinatura do Clínico Médico (Somente os Dados que constam no atestado)	AS MÉTOS ACIONADOS																									
Assinatura do Clínico Médico (Somente os Dados que constam no atestado)	AS MÉTOS ACIONADOS																												
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Rejeita o atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Rejeita de hospitalização <input type="checkbox"/> Tox. <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		<input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SAMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	OBSERVAÇÕES																									
ICP	<input type="checkbox"/> Incidência: <input type="checkbox"/> ICP com sucesso <input type="checkbox"/> ICP sem sucesso <input type="checkbox"/> Outro																												
ESTADO	<input type="checkbox"/> Admitido no local <input type="checkbox"/> Toxina HCR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Unidade Mat.		<input type="checkbox"/> Pol. Clínica Silveira - PCOS <input type="checkbox"/> Hops. São Antônio - HCBA <input type="checkbox"/> UTHMHSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Ins - HJI <input type="checkbox"/> Outros																									
				25/03/2018																									

PERFIL 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/ soroiva: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão		

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Fragor verbal	3 pontos
	Estremecimento	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Laceração dos olhos	5 pontos
	Flexão normal (reflexa)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticada)	3 pontos
	Extensão (descerebrada)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sotaconservadoras	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto


0 1 2 3 4 5 6



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Fevereiro observado q/ seu ocorrido, se manteve com variações
para baixo q/ regulares moto x moto, vítima de violência
apontamento abdominal, com fratura evidente do lado esquerdo
e queimado, costas contuso, no dia 20/03/2020, encaminhado para
socorro, realizada p/ comunicado, a unidade de resolução
que não orientou a levada p/ OGT - HGB.

DOCUMENTO
ORIGINAL

12 EM 23/03/2020
Rephan

Douglas
917048

25 ABR. 2020

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação desse em https://prioudi.tjrr.jus.br/prioudi/- Identificador: PJAJZ4ARQWCJWAHTE4R

Ef. de
Fazendo constar que
o recorrente
possui com seu tutor em joint
a FL da 1^a Q.D.E +
3^o piso D + FL da 5^a Q.D.E
CDQ publicada e out. 5.º art. c +
anexo 2 Att.
O Adv. do Caldeirão
- no auto de nro.



DOC' MENTO
ORIGINAL



25 ABR. 2018

Sistema Único de Saúde	Mínistero da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
1 - NOME DO PACIENTE								2 - DATA
HGR								3 - CÓDIGO DO PACIENTE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE								4 - CÓDIGO
HGR								
5 - INSCRIÇÃO DO PACIENTE								5 - SP DO FONTE/UNIDADE
5 - NOME DO PACIENTE		<i>Raimunda Henrique da Silva</i>						163538
7 - CRÉDITO NACIONAL DE SOCORRO (CNS)		8 - DATA DE INSCRIÇÃO						6 - COD.
310121308315313512715120		29/10/40						7 - 2020
10 - NOME DA MÃE OU DO PAREGONAL								11 - TEL. OFICINA DO CONTRATO
Raimunda Henrique da Silva								12 - ENDERECO DA RESIDÊNCIA
12 - ENDERECO (RUA, N°, BLOCO)								13 - CÓD. BEM MATERIAIS
Rua 6620 180, conjunto Cidadão								14 - UF
15 - BAIRRO DE RESIDÊNCIA								15 - CEP
Bom Vista								16 - MUNICIPIO
17 - PRINCIPAIS SINTOMAS/DOENÇAS CLÍNICAS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						17 - CID 10
<i>doença</i>		<i>Pat Henrique queixas malo = 5h da noite, apertando dor + alívio noite 1x 1x 3º UTC + 3º fase + 4º fase 2/2</i>						<i>05</i>
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA A INTERNAÇÃO								<i>pele</i>
								<i>pele</i>
19 - PRINCIPAIS INDICADORES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (TESTES/EXAMES DE EXAME DE LABORATÓRIO)								<i>05</i>
								<i>pele</i>
20 - DESCRIÇÃO DO DIAPOSITIVO								21 - CID 10 Fisiologia, 21-22-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-369-370-371-372-373-374-375-375-376-377-378-379-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-469-470-471-472-473-474-475-475-476-477-478-479-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-498-499-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-569-570-571-572-573-574-575-575-576-577-578-579-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-588-589-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-598-599-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-669-670-671-672-673-674-675-675-676-677-678-679-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-688-689-689-690-691-692-693-694-695-696-697-697-698-698-699-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-709-710-711-712-713-714-715-716-716-717-718-719-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-769-770-771-772-773-774-775-775-776-777-778-779-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-788-789-789-790-791-792-793-794-795-796-797-797-798-798-799-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-809-810-811-812-813-814-815-816-816-817-818-819-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-869-870-871-872-873-874-875-875-876-877-878-879-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-888-889-889-890-891-892-893-894-895-896-897-897-898-898-899-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-909-910-911-912-913-914-915-916-916-917-918-919-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-969-970-971-972-973-974-975-975-976-977-978-979-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-988-989-989-990-991-992-993-994-995-996-997-997-998-998-999-999-1000-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1075-1076-1077-1078-1079-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1088-1089-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1097-1098-1098-1099-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1175-1176-1177-1178-1179-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1188-1189-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1197-1198-1198-1199-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1275-1276-1277-1278-1279-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1288-1289-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1297-1298-1298-1299-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1375-1376-1377-1378-1379-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1388-1389-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1397-1398-1398-1399-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1475-1476-1477-1478-1479-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1488-1489-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1497-1498-1498-1499-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1575-1576-1577-1578-1579-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1588-1589-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1597-1598-1598-1599-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1675-1676-1677-1678-1679-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1688-1689-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1697-1698-1698-1699-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1775-1776-1777-1778-1779-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1788-1789-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1797-1798-1798-1799-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1875-1876-1877-1878-1879-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1888-1889-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1897-1898-1898-1899-1899-1900-1899-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1975-1976-1977-1978-1979-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1988-1989-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1997-1998-1998-1999-1999-2000-1999-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2075-2076-2077-2078-2079-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2088-2089-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2097-2098-2098-2099-2099-2100-2099-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2175-2176-2177-2178-2179-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2188-2189-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2197-2198-2198-2199-2199-2200-2199-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA





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 DR. _____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

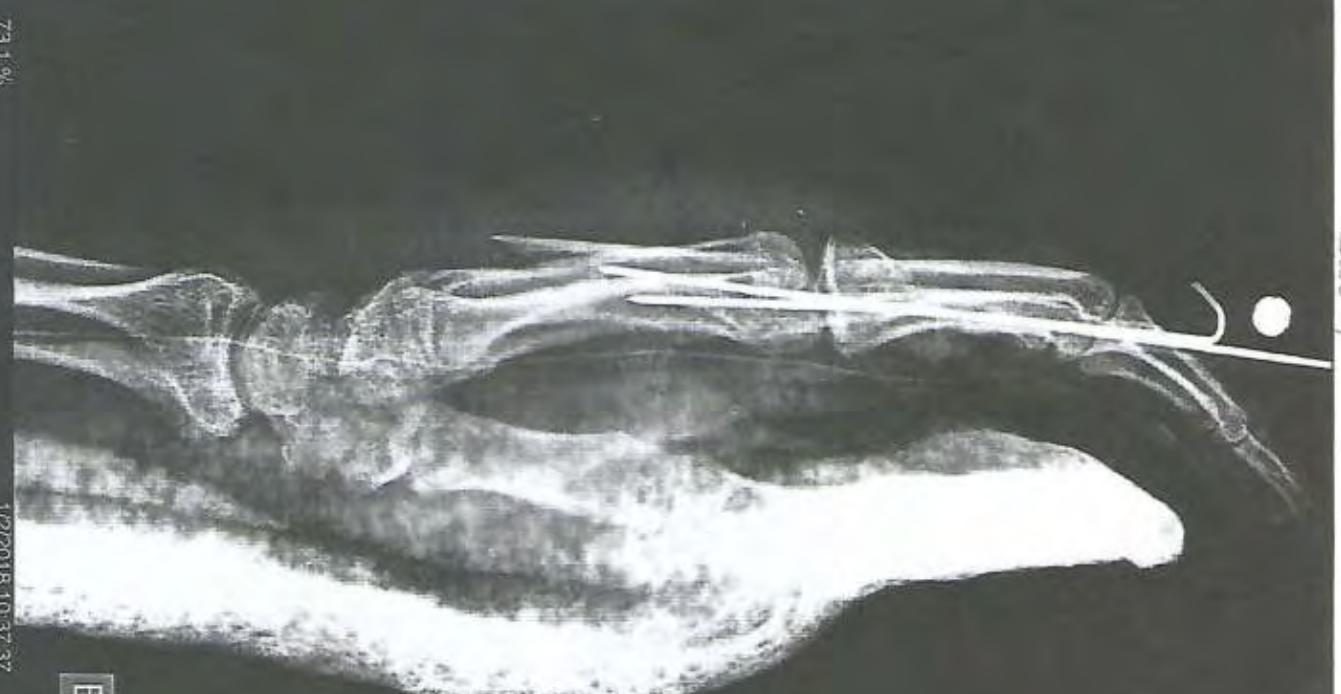
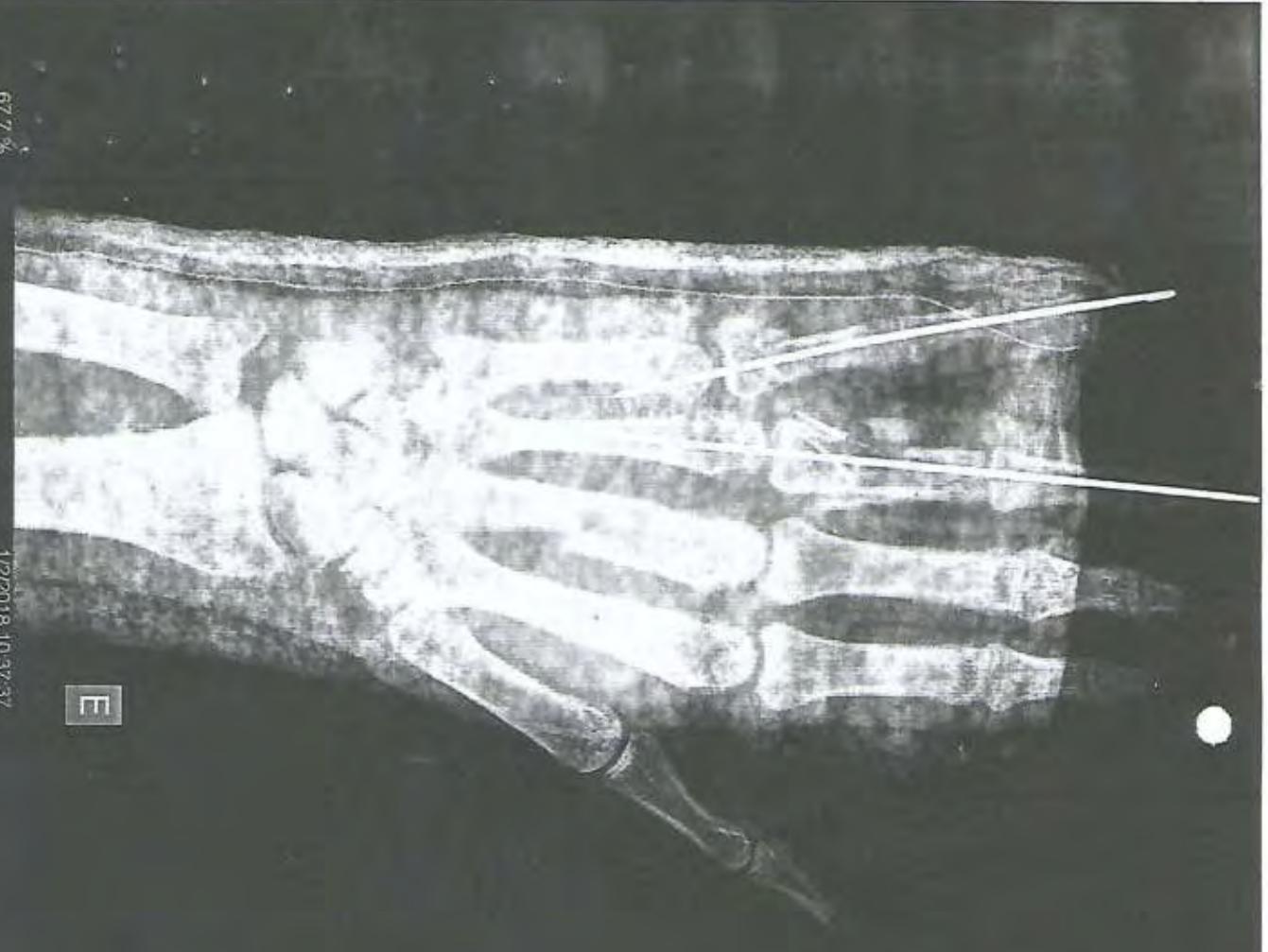
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR 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, _____

João C. Soares
Médico
CRM-RJ 10000
MEDICO

DR. ADD. _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR ANTONIA

67.7 %

1/2/2018 10:37:37

E

73.1 %

1/2/2018 10:37:37

E

, DANIEL HONORATO PINHEIRO



21/1/2018 04:06:28

70.0 %

21/1/2018 04:06:28

72.3 %

, DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

MARCOS SOU

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 4VM57 YE48C WJLWU



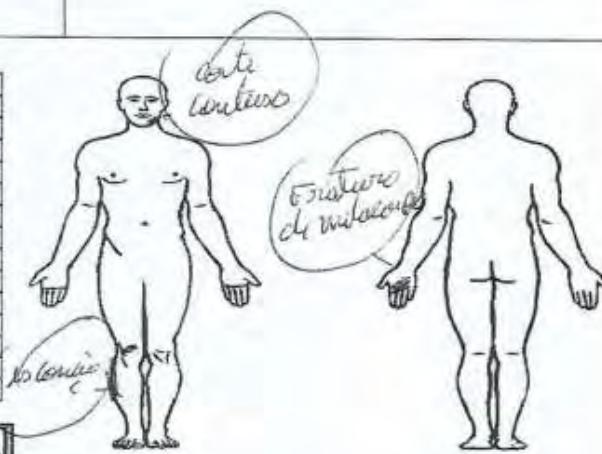
FICHA DE ATENDIMENTO		Nº																											
 Bravo I UNIDADE EQUIPE: <i>Bravo 1 - Dr. Douglas Card. Frutuoso</i> <i>paciente</i>																													
Paciente: <i>Daniel Henrique Panheiro</i> Idade: <i>27</i> Sexo: <i>M</i> Nacionalidade: <i>Branca</i> Raça: <i>Branca</i> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia Endereço: <i>AV. N° 23</i> Bairro: <i>Heliópolis</i>																													
N° <i>1164</i> DATA <i>23/01/2018</i> Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <i>0000</i>		HORA J/9: <i>7:40</i> BASE () VIA (✓) RÁDIO HORA J/10: <i>7:47</i> CELULAR																											
MOTIVO: <i>SOCORRO / TRANSPORTE / ATENDIDO NO LOCAL / OUTRO</i> <i>Entravias</i>																													
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input checked="" type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe <input checked="" type="checkbox"/>																													
MECANISMO DE TRAUMA <table border="1"> <tr> <td>AUTOMÓVEL</td> <td>AUTOMÓVEL</td> <td>VIOLENCIA</td> <td>OUTROS</td> </tr> <tr> <td> <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Uso do cinto _____ <input type="checkbox"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada _____ <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado </td> <td> <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 _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento _____ <input type="checkbox"/> Agressão pr animal _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto _____ <input type="checkbox"/> Atropelamento _____ <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta _____ <input type="checkbox"/> Piloto: _____ <input type="checkbox"/> Garupa _____ </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Sem capacete _____ </td> </tr> <tr> <td>PEDESTRE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA </td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS	<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"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima 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 _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento _____ <input type="checkbox"/> Agressão pr animal _____	MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto _____ <input type="checkbox"/> Atropelamento _____ <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta _____ <input type="checkbox"/> Piloto: _____ <input type="checkbox"/> Garupa _____		<input type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Sem capacete _____		PEDESTRE				<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA										
AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS																										
<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"/> Vítima projetada _____ <input type="checkbox"/> Vítima 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 _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ac. Da Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Ajuda apox. <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura/Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento _____ <input type="checkbox"/> Agressão pr animal _____																										
MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <i>Moto</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto _____ <input type="checkbox"/> Atropelamento _____ <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta _____ <input type="checkbox"/> Piloto: _____ <input type="checkbox"/> Garupa _____		<input type="checkbox"/> Com capacete _____ <input type="checkbox"/> Sem capacete _____																											
PEDESTRE																													
<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA																													
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="1"> <tr> <td>VIAS AEREAIS</td> <td>VENTILAÇÃO</td> <td>CIRCULAÇÃO</td> <td>AVAL. NEUROLÓGICA</td> </tr> <tr> <td> <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: _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Apnéia _____ <input type="checkbox"/> Dispnéia _____ <input type="checkbox"/> Bradipneia _____ <input type="checkbox"/> Taquipneia _____ <input type="checkbox"/> Tagóipneia _____ <input type="checkbox"/> Roncos _____ <input type="checkbox"/> Sibilos _____ <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Bradicardico _____ <input type="checkbox"/> Taquicardico _____ <input type="checkbox"/> Arritmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta _____ <input type="checkbox"/> Cianose central _____ <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade _____ </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E _____ <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____ </td> </tr> </table>			VIAS AEREAIS	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"/> Bradipneia _____ <input type="checkbox"/> Taquipneia _____ <input type="checkbox"/> Tagóipneia _____ <input type="checkbox"/> Roncos _____ <input type="checkbox"/> Sibilos _____ <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal _____	<input type="checkbox"/> Bradicardico _____ <input type="checkbox"/> Taquicardico _____ <input type="checkbox"/> Arritmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta _____ <input type="checkbox"/> Cianose central _____ <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade _____	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E _____ <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____																			
VIAS AEREAIS	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"/> Bradipneia _____ <input type="checkbox"/> Taquipneia _____ <input type="checkbox"/> Tagóipneia _____ <input type="checkbox"/> Roncos _____ <input type="checkbox"/> Sibilos _____ <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal _____	<input type="checkbox"/> Bradicardico _____ <input type="checkbox"/> Taquicardico _____ <input type="checkbox"/> Arritmico _____ <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausculta _____ <input type="checkbox"/> Cianose central _____ <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade _____	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miocia _____ <input type="checkbox"/> Midriase _____ <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E _____ <input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado _____ <input type="checkbox"/> DNV _____																										
SINAIS VITais E ESCORES <table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>APAGAR</th> </tr> <tr> <td>Inicio</td> <td><i>3:00</i></td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>19</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>3:00</i></td> <td><i>130x70</i></td> <td><i>90</i></td> <td><i>18</i></td> <td><i>99</i></td> <td>—</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </table>			Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	Inicio	<i>3:00</i>	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>19</i>	<i>99</i>	—	—	—	Fim	<i>3:00</i>	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>18</i>	<i>99</i>	—	—	—
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR																					
Inicio	<i>3:00</i>	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>19</i>	<i>99</i>	—	—	—																					
Fim	<i>3:00</i>	<i>130x70</i>	<i>90</i>	<i>18</i>	<i>99</i>	—	—	—																					
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="1"> <tr> <td>Pele</td> <td>Cabeça</td> <td>Face</td> <td>Pescoço</td> <td>Tórax</td> <td>Abdome</td> </tr> <tr> <td> <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"/> Clanótica _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Afundamento _____ <input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Farinato ocular _____ <input type="checkbox"/> Luxação _____ <input type="checkbox"/> Mandíbula _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia _____ <input type="checkbox"/> Enfesma subcutânea _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax instável _____ <input type="checkbox"/> Tamponamento _____ <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa _____ <input type="checkbox"/> Empalamento _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Distendido _____ <input type="checkbox"/> Em tábua _____ <input type="checkbox"/> Doíoso _____ <input type="checkbox"/> Evaceração _____ </td> </tr> <tr> <td>Pélvica</td> <td>Coluna Dorsal</td> <td>MMSS</td> <td>MMII</td> <td colspan="2">QUEIMADURAS</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Ecchymoses _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____ <input type="checkbox"/> _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____ </td> <td> 1^o 2^o 3^o </td> <td> CABEÇA PESCOÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENITALIA MBD NBE MD MS </td> <td>TOTAL %</td> </tr> </table>			Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome	<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"/> Clanótica _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <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"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Farinato 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"/> Enfesma subcutânea _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax instável _____ <input type="checkbox"/> Tamponamento _____ <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"/> Doíoso _____ <input type="checkbox"/> Evaceração _____	Pélvica	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS		<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Ecchymoses _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____	1 ^o 2 ^o 3 ^o	CABEÇA PESCOÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENITALIA MBD NBE MD MS	TOTAL %		
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome																								
<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"/> Clanótica _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriação _____ <input type="checkbox"/> Lacerção _____ <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"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Farinato 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"/> Enfesma subcutânea _____	<input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Lacerações _____ <input type="checkbox"/> Tórax instável _____ <input type="checkbox"/> Tamponamento _____ <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"/> Doíoso _____ <input type="checkbox"/> Evaceração _____																								
Pélvica	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS																									
<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Ecchymoses _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Instabilidade _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Hematoma _____ <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____	<input type="checkbox"/> Contusão _____ <input type="checkbox"/> Escoriações _____ <input type="checkbox"/> Luxações _____ <input type="checkbox"/> Lacerções _____ <input type="checkbox"/> Fratura _____ <input type="checkbox"/> Amputação _____	1 ^o 2 ^o 3 ^o	CABEÇA PESCOÇO TÓRAX ANTERIOR TÓRAX POSTERIOR GENITALIA MBD NBE MD MS	TOTAL %																							
AVALIAÇÃO CARDIACA <table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>AFFECÇÃO CLINICA</td> <td colspan="3">HISTÓRIA PREGRESSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal _____ <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Flutter _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Respiratória _____ <input type="checkbox"/> Neuropática _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Digestiva _____ <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediatrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____ </td> <td> <input type="checkbox"/> Alergias _____ <input type="checkbox"/> Outros _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> DISPOVEDADE COMPROVADA </td> <td> LESO </td> <td> PEQUENA </td> <td> MÉDIA </td> <td> SEVERA </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> CRM-RR-1803 </td> <td colspan="3"> 2000 </td> <td> 11 JAN. 2018 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><i>Assinatura e Carimbo Médico (Endereço de Destino)</i></p> <p style="text-align: right;"><i>CONFIRME COM O ORIGINAL</i></p> <p style="text-align: right;"><i>EM 23/03/18</i></p>					AFFECÇÃO CLINICA	HISTÓRIA PREGRESSA			<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal _____ <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Flutter _____		<input type="checkbox"/> Respiratória _____ <input type="checkbox"/> Neuropática _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____	<input type="checkbox"/> Digestiva _____ <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediatrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____	<input type="checkbox"/> Alergias _____ <input type="checkbox"/> Outros _____	DISPOVEDADE COMPROVADA		LESO	PEQUENA	MÉDIA	SEVERA	CRM-RR-1803		2000			11 JAN. 2018			
		AFFECÇÃO CLINICA	HISTÓRIA PREGRESSA																										
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal _____ <input type="checkbox"/> Taquicardia _____ <input type="checkbox"/> Bradicardia _____ <input type="checkbox"/> Flutter _____		<input type="checkbox"/> Respiratória _____ <input type="checkbox"/> Neuropática _____ <input type="checkbox"/> Psiquiátrica _____ <input type="checkbox"/> Metabólica _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Aborto _____	<input type="checkbox"/> Digestiva _____ <input type="checkbox"/> Infeciosa _____ <input type="checkbox"/> Obstétrica _____ <input type="checkbox"/> Pediatrica _____ <input type="checkbox"/> Outra _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Cardiopatia _____ <input type="checkbox"/> HAS _____	<input type="checkbox"/> Alergias _____ <input type="checkbox"/> Outros _____																								
DISPOVEDADE COMPROVADA		LESO	PEQUENA	MÉDIA	SEVERA																								
CRM-RR-1803		2000			11 JAN. 2018																								
INCIDENTE	<input type="checkbox"/> Cancelamento _____ <input type="checkbox"/> Revisão de Atendimento _____ <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local _____ <input type="checkbox"/> Represa de hospitalização _____ <input type="checkbox"/> Trote _____ <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: _____		<input type="checkbox"/> Polícia Militar _____ <input type="checkbox"/> Guarda Municipal _____ <input type="checkbox"/> SMTRAN _____ <input type="checkbox"/> Bombeiro _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			MEIOS ACIONADOS																							
RCP	<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso _____ <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso _____ <input type="checkbox"/> Obs.: _____					OBSERVAÇÕES																							
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"/> HHMNSN _____			<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR _____ <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI _____ <input type="checkbox"/> Outros _____																							
						25 ABR 2018																							

PERFIL DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor: Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____	
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	
Perda de líquido:	BCF:	
[] Com cartão [] 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 (decorticacão)	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

Foi feito orientador p/ seu orientador. A intenção tem sido para controlar os resultados moto x moto. Vítima desembalhada aparentemente, abalizada, com fratura exposta de metade corpo esquerdo, costeira costela, na região do queixo, escoriação vai dorsal, realizada p/ comunicado, o control de regulares que nos orientou a conduzi-lo p/ ORT: HGR

DOCUMENTO
ORIGINAL

CONFERIDO
EM 23/03/18
Stephane

Douglas
9/70/18

25 ABR. 2018

21/01/2018		Visita por: Raimunda Honorato Pinheiro		Guia de Atendimento 02		9913633336	
				GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO			
1800897165 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	
Tipo Doc Documento IDENTIDADE		Órgão Emissor M&P		Estado Civil SOLTEIRO(A)PARADA		CPF 07 Prontuário	
RAIMUNDA HONORATO DA SILVA Endereço RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR		Sexo M		Raça/Cor PAI		Naturalidade BOA VISTA - RR	
Classe de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Número da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp. Peso Pressão	
Queixa Principal <i>"Paciente é moto"</i>						Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA	
		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)				AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> SANGUE		<input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:	
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>(1) Difusão ligeira</i> <i>(2) Técnis quebra 7 Dif.</i> <i>(3) Cutanea ligeira e levemente</i> <i>(4) Coletar no 2º apur. (EP)</i> <i>(5) Fco mal 100 mg + 100mg, 2/2 EV apur. = 100 mg</i> <i>(6) A.E.</i>						<i>DOCUMENTO ORIGINAL</i>	
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Raimunda Honorato Pinheiro</i>		<i>Wendell Rabelo</i> Médico CRM-RR 1965		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Alé 24h) <input type="checkbox"/> Internação		<i>Jaibah</i>	
Óbito				Data e Hora da Saída/Alta:			
Antes do 1º Atendimento? (<input type="checkbox"/> Sim) <input checked="" type="checkbox"/> Não		Destino: (<input type="checkbox"/> Família) <input type="checkbox"/> IMI. Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: alexsandro.pereira Data/Hora: 21/01/2018 04:04:41							

25 ABR. 2018

SUS	Sistema Único de Saúde	Mínisterio da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
IDENTIFICAÇÃO				4 - CRES			
1 - NOME DO PACIENTE HAR							
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE HAR							
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				5 - NOME DO PACIENTE Dona Honorata Lemos			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 710123101315131512715120				8 - Nº DO PRONTUÁRIO 163038			
9 - DATA DE NASCIMENTO 29/10/1940				10 - SEXO M			
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro) Rua CC20 180, conjunto Eldorado				12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bon. Vista			
13 - COD. ISCE MUNICÍPIO				14 - UF MT			
15 - CEP 78111111				16 - CEP			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 10h Pct Histórico queixas náusea ± 3h de marcha, apresentando dor + cíena náusea IX IX 3º MTC + 3º falso + 4º falso							
18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO DOCUMENTO ORIGINAL							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO náusea exposta náusea							
21 - CID 10 FRANCIA, 22 - CD-10 SECUNDÁRIO PARA A CLASSIFICAÇÃO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 116 curva A exp. násc							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 1 JCR 1208							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 21/01/18							
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO							
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO							
36 - ACIDENTE DE TRABALHO INFECTO							
37 - TÍTULO COM A PREVISÃO							
38 - EMPREGADOR							
39 - EMPREGADO							
40 - DRAZ DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
43 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
46 - DOCUMENTO							
47 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
48 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
49 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
50 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
51 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
52 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
53 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
54 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
55 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
56 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
57 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
58 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
59 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
60 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
61 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
62 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
63 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
64 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
65 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
66 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
67 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
68 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
69 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
70 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
71 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
72 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
73 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
74 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
75 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
76 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
77 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
78 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
79 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
80 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
81 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
82 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
83 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
84 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
85 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
86 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
87 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
88 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
89 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
90 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
91 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
92 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
93 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
94 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
95 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
96 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
97 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
98 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
99 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
100 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
101 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
102 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
103 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
104 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
105 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
106 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
107 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
108 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
109 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
110 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
111 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
112 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
113 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
114 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
115 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
116 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
117 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
118 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
119 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
120 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
121 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
122 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
123 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
124 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
125 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
126 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
127 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
128 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
129 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
130 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
131 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
132 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
133 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
134 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
135 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
136 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
137 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
138 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
139 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
140 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
141 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
142 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
143 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
144 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
145 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
146 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
147 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
148 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
149 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
150 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
151 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
152 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
153 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
154 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
155 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
156 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
157 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
158 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
159 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
160 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
161 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
162 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
163 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
164 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
165 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
166 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
167 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
168 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
169 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
170 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
171 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
172 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
173 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
174 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
175 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
176 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
177 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
178 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
179 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
180 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
181 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
182 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
183 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
184 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
185 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
186 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
187 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
188 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
189 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
190 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
191 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
192 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
193 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
194 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
195 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
196 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
197 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
198 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
199 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
200 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
201 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
202 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
203 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
204 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
205 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
206 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
207 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
208 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
209 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
210 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
211 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
212 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
213 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
214 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
215 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
216 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
217 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
218 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
219 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
220 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
221 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
222 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
223 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
224 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
225 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
226 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
227 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
228 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
229 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
230 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
231 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
232 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
233 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
234 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
235 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
236 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
237 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
238 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
239 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
240 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
241 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
242 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
243 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
244 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
245 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
246 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
247 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
248 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
249 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
250 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
251 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
252 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
253 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
254 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
255 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
256 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
257 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
258 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
259 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
260 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
261 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
262 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
263 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
264 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
265 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
266 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
267 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
268 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
269 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
270 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
271 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
272 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
273 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
274 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
275 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
276 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
277 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
278 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
279 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
280 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
281 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
282 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
283 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
284 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
285 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
286 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
287 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
288 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
289 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
290 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
291 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
292 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
293 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
294 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
295 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
296 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
297 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
298 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
299 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
300 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
301 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
302 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
303 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
304 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
305 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
306 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
307 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
308 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
309 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
310 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
311 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
312 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
313 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
314 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
315 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
316 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
317 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
318 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
319 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
320 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
321 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
322 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
323 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
324 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
325 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
326 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
327 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
328 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
329 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
330 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
331 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
332 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
333 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
334 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
335 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
336 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
337 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
338 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
339 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
340 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
341 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
342 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
343 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
344 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
345 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
346 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
347 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
348 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
349 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
350 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
351 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
352 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
353 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
354 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
355 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
356 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
357 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
358 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
359 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
360 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
361 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
362 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
363 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
364 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
365 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
366 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
367 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
368 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
369 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
370 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
371 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
372 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
373 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
374 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
375 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
376 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
377 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
378 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							
379 - NOME DO RECEPTOR/CONTRATUPADOR							



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

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

Daniel Moreira Almeida

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fatura exposta - cia (e)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: LMC + Dofe de FCO

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Almeida

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Enfme

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pt sdh sob anest.
 - ② oso pectoral + abdome
 - ③ corpos esterco
 - ④ LMC vagoso c/ SFD, 7%
 - ⑤ Dofe c/ vaga
 - ⑥ Tela grande
 - ⑦ tinea
- DAS*

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Avançando juntos para um Brasil melhor"

Exame / Ortopedia

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Pinheiro, 2to

25/01/10

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
	20	02														
LÍQUIDOS VENOSOS	100	150														
DA X	70	200	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ULSO	30	220														
ANEX	30	200														
CIP O	30	140														
TEMP	120															
ASPIR A	80															
RESP O	60															
	40															
Expir.																
Auxil.																
Corrid.																
SÍMBOLOS:	<i>1 * 0,60 3 2 4 7 2 3</i>															
ADENTRO	ANALGÉTICO	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES												
Alprazolam 0,5mg IV	Propofol 100mg		Beta vita axilar, quirado por USG	X- Monitorização (ECG, SPO2, PA)												
			Cab ventilação													
			ventilatória													
			extubação													
G																
GLICOSE	LÍQUIDOS															
NDOD			Cápsula - Naso / Ora Faringea													
SANGUE			Naso / Omotriquet - Carga													
			Bal - Tamp - Cálculo do Tubo													
			Bal Máscara													
			Oftalmóloga Técnica													
			Inj.													
TOTAL	500ml		TEMPO DE ANESTESIA													
OPERAÇÃO			9:50 as 10:20h													
Fratura luxação da mão E				Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Espasmo "Buckling" - Vômito												
ANESTESIA	Dra Evelyne Fernandes	CÓDIGO	Dr. Waldemar	Hemorragia - Anemia Brad Torquada - Choque												
				PERDA SANGUÍNEA												
				7- Tencel com 500ml EV. 8- Propofol 30mg EV 9- Diprivan 2g EV												
				à SRPA												

Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RN 1424
Anestesiologista ROE 18

25 ABR. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FECHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Daniel Honorato Pinheiro</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>21/01/11</i>		
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO <i>Ostomíse MSO</i>	INICIO <i>09:55</i>	FIM <i>10:15</i>	TEMPO TOTAL		
CIRURGIÃO <i>Dr. Wilderson</i>	EQUIPE MÉDICA	ANESTESISTA: <i>Dr. Eveline</i> RES. ANESTESIA: <i>Res: Flávia + Pelic</i>			
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
2º AUXILIAR		CIRCULANTE <i>Lili + Socres + Maracy + Liana + Wellington + Nilma</i>			
TIPO DE ANESTESIA: <i>B P B</i>		TEMPO DE DURAÇÃO: <i>3:17</i>			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/> 1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENT. A			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
2	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
2	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
1	SERINGA 10ML		60ml	GEOFOAM <i>(para adesivo)</i>	
3	SERINGA20ML		100ml	FITA CARDIACA <i>(adhesive) 30cm</i>	
5	Eletrodo			OUTROS: <i>Eletrocautéria</i>	
1	cópulaer O ₂				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE <i>Stephanie + Onika</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS		VAL
UNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA <i>Lili + maracy + Liana + Wellington + Socres + Nilma</i>	SUB-TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

25 ABR. 2018

16



NAME: Daniel Roonato CLASS: 9 GRADE: 9

CENTRO CIRÚRGICO/SERPA

25 ABR. 2018

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 Tukihé 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Osteomartite crônica de múltiplos ossos
NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteomartite crônica de múltiplos ossos SFM/0
OPERADO PELO DR. J. Flávio E DR. J. Henrique
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18 ÀS 11:00,
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 FES, CO 0
DR. J. Henrique

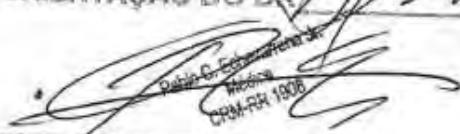
ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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 03/02/18

25 ABR. 2018


P. Henrique
CRM-RR 1906

MÉDICO



21/1/2018 04:06:28

70,0 %

21/1/2018 04:06:28

72,3 %

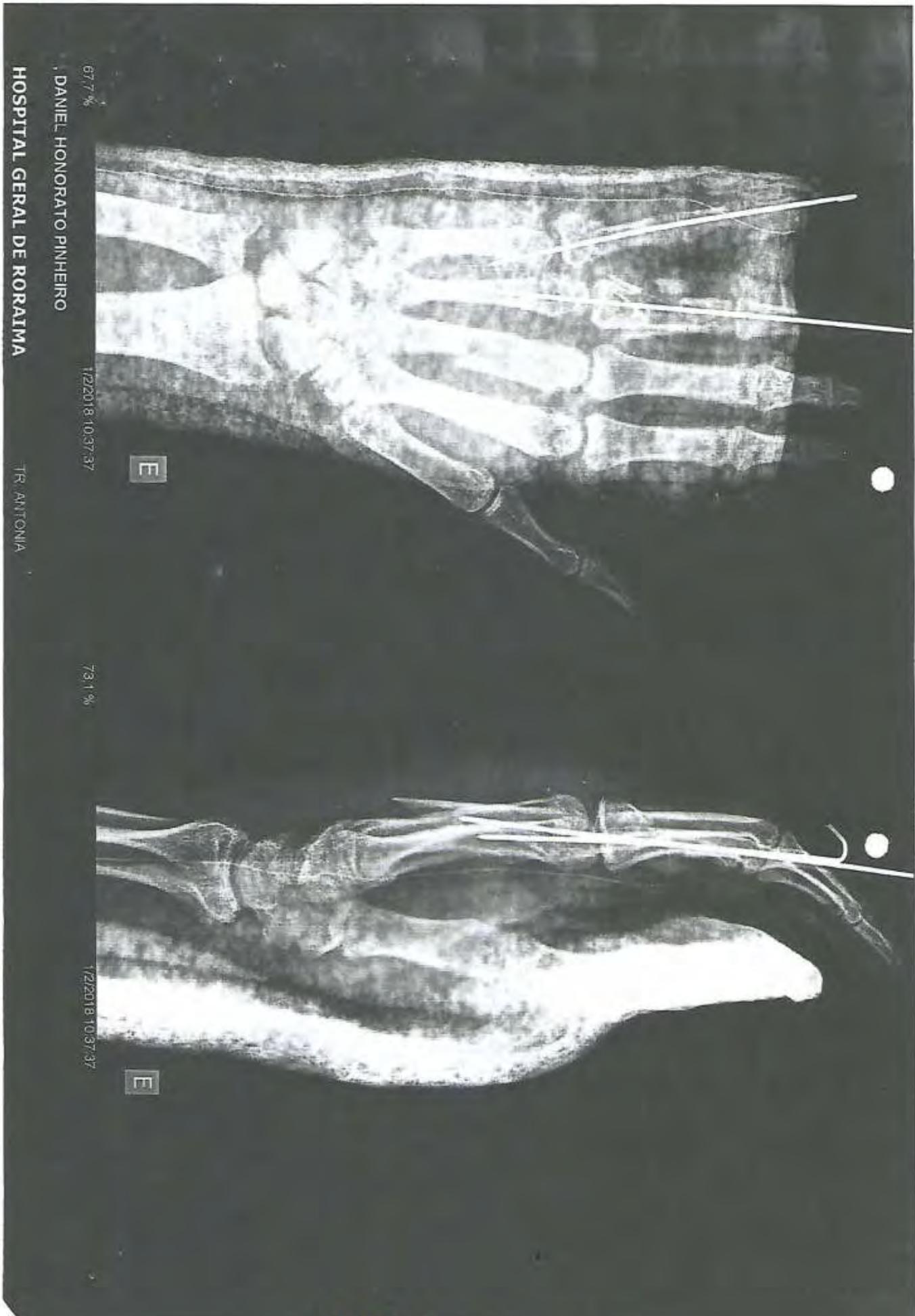
, DANIEL PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

MARCOS SOU

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 4VM57 YE48C WJLWU





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

, DANIEL HONORATO PINHEIRO

1/2/2018 10:37:37

TR ANTONIA

73,1 %

1/2/2018 10:37:37

E





25 ABR. 2018





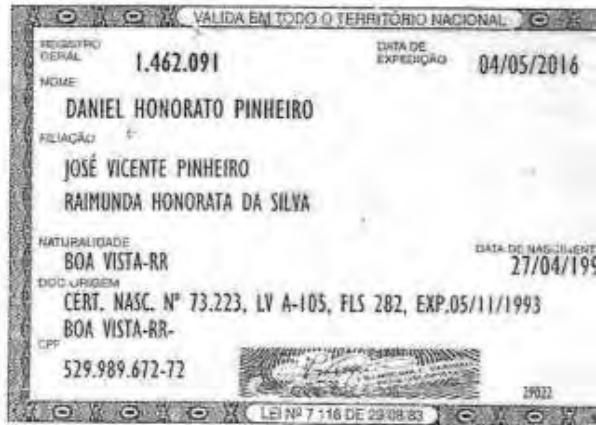
REGISTRO CIVIL	1.462.091	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/05/2016
NOME			
DANIEL HONORATO PINHEIRO			
NOME			
JOSE VICENTE PINHEIRO			
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA			
MATERIALIZAÇÃO:		DATA DE EMISSÃO:	
BOA VISTA-RR		27/04/1990	
EXCEPCIONAL			
CERT. NASC. N° 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993			
BOA VISTA-RR.			
CPF:			
529.989.672-72			

25 ABR. 2018



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 4VM57 YE48C WJLWU

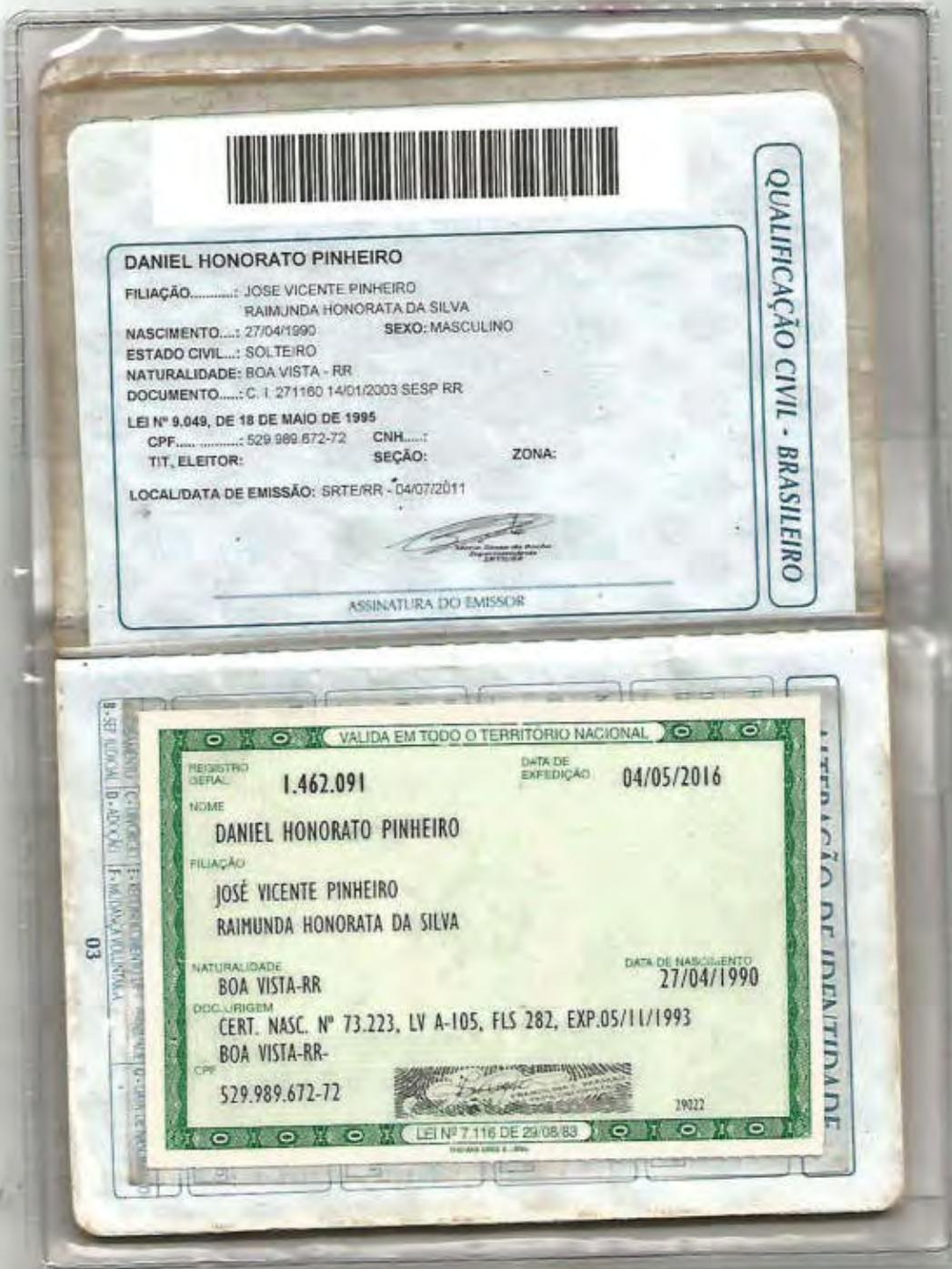


25 ABR. 2018











PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 529.989.672-72 Nome completo da vítima: Daniel Honório Pinheiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Daniel Honório Pinheiro CPF: 529.989.672-72
Profissão: Gari Com Endereço: Rua. 00 - 20 Número: 380 Complemento:
Bairro: Juazeiro Baixa Vista Estado: Pernambuco CEP: 59.318-045
E-mail: daniel.honorio.pinheiro@gmail.com Tel.(DDD): (81) 97125-9536

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

DADOS CADASTRAIS RENDA MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 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: 0653 CONTA: 529-997 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à 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
INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Dom Vieira-PE, CR 31-2015
Nome: Daniel Honório Pinheiro
CPF: 529.989.672-72

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

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 RODO, 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:

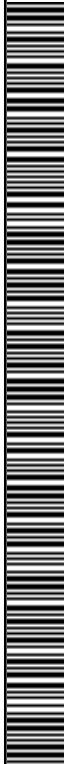
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MÃO ESQUERDA.

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 Honório Pinto
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua: CCZ0 N° 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ivan Mario de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autonomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P Galvão N° 1832 Barreiros

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

Bonito-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO OUTORGANTE



(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

25 ABR. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Daniel Honório Pinheiro
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Garçom
IDENTIDADE:	1.462.091
ENDEREÇO:	Rua: cczo nº 180 conjunto cidadão

OUTORGADO

NOME:	Ilair Mario de Souza
NACIONALIDADE:	Brasiliense
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114 807 SSP / RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio 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

Bon Vista-RR 20/02/2018

LOCAL E DATA

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANIEL HONORATO PINHEIRO

LUCIANO OLIVEIRA MOREIRA



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANIEL HONORATO PINHEIRO**

Nº Sinistro: **3180364560**
Vitima: **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



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Nº Sinistro: 3180364560
Vitima: 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

Pag. 00817/00818 - carta_03 - INVALIDEZ



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

Carta nº 13213201



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Carta nº 13470361

A/C: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180364560 ASL-0288637/18
Vitima: 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





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



ITAU - 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 Rationalização 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

Mostrando

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-B033-7CC99430A9D4



Tipo Jurídico

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

REQUERIMENTO

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:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX	XXX	XX

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: 333.0028479-6 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: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFADDE5E2CFBF7D5CE68740F233E496AFDA80E1FB8

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

[Assinatura]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER 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: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



Seguradora Lider 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 investidura 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 incorso em quaisquer dos crimes 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 1975, 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, ratificar 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 inexistentes 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 Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas

Página 2 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: FD6974386FA48220CFDE4B56RAFADE5ECE8FFD50F68740F233E496AFDA80E1FB8
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 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.), Nicólas 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

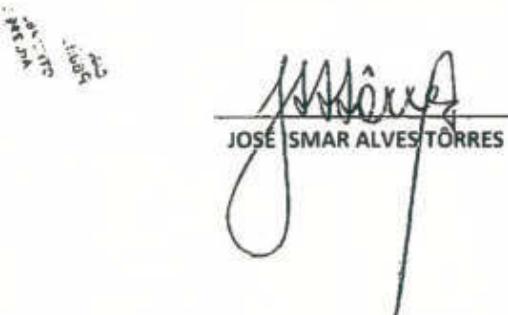
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



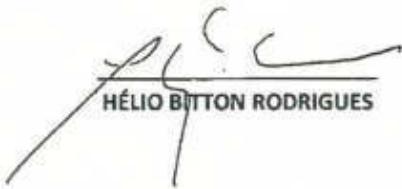
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB6

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





14

EODN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

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

PORATARIA Nº 755, DE 13 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1946 e o que consta do processo Susep 15414-A193802017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar os seguintes deliberados tomados pelas autoridades de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n. 33.694.731/0001-89, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017:

1. Aumento do capital social em R\$ 400.148,80, elevando-o para R\$ 1.155.587,51, dividido em 179.244.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal; e

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resulta que a parcela de R\$ 188.10,60 do aumento de capital acima deverá ser integrada até 30 de junho de 2018.

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

PAULO DOS SANTOS

PORATARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1946 e o que consta do processo Susep 15414-A193802017-94, resolve:

Art. 1º Agravar a eleição de administradores de SEGURADORA LÍDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ n. 99.148.400/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião da assembleia de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

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

PAULO DOS SANTOS

PORATARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE 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. 6.523, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1946, aprovado pela Lei Complementar n. 126, de 15 de junho de 2007, e o que consta do processo Susep 15414-A23847057-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria da IRB BRASIL, RESEGUROS S.A., CNPJ n. 33.356.989/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião 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

PORATARIA Nº 758, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE 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. 6.523, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1946, aprovado pela Lei Complementar n. 126, de 15 de junho de 2007, e o que consta do processo Susep 15414-A23847057-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria da IRB BRASIL, RESEGUROS S.A., CNPJ n. 33.356.989/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião 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

RITIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direc n. 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, páginas 168, supõe I, onde as II: "... na reunião da assembleia de administração realizada em 1º de novembro de 2017.", trocar: "... 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

PORATARIA Nº 28, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso das suas atribuições, conferidas pelo § 3º do art. 4º da Lei nº 3.546, de 10 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei nº 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Estrutura Regulamentar da Autarquia, aprovada pelo Decreto nº 8.275, de 21 de novembro de 2007;

Considerando o Decreto Federal nº 9.816 de 18 de maio de 1998, que aprova o Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transportes de Cargas Rodoviárias e de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2018, nº 86.044, de 18 de maio de 1998, que aprova o Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos;

Considerando a necessidade de aprimorar os Requisitos de Apliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro nº 16/2016;

Art. 1º Ficam aprimorados os ajetes dos Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Cargas Rodoviárias destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro nº 16/2016, de 14 de janeiro de 2018, conforme Anexo II da mesma Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br.

Considerando a necessidade de ajustes nos Requisitos de Apliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro nº 16/2016;

Art. 2º Ficam aprimorados os ajetes dos Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Cargas Rodoviárias destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro nº 16/2016, de 14 de janeiro de 2018, conforme Anexo II da mesma Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro nº 16/2016 os Anexos F e G anexos à esta Portaria.

Art. 4º Ficam inerentes, no art. 4º da Portaria Inmetro nº 16/2016, os seguintes parágrafos:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 12 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, vinda pública, conforme o convênio de Anexo, as propostas de modificação da Novenaleta Convénio da Mead Cosul - MCNI e da Tarifa Externa Convénio em anexo pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENIT), com o objetivo de colher subsídios para definição de posicionamento do governo brasileiro no âmbito da conferência do Comitê Técnico nº 1, de Tarifa, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CTP).

1. As informações referidas às propostas devem ser apresentadas mediante a preenchimento integral do formulário disponível na página direta Ministério na Internet, no endereço <http://www.mre.gov.br/mre/pt/informativa/ctpi/requerimento-de-novenaleta-dos-docs/>.

2. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/mre/pt/comercio-exterior/tarifas-e-classificacao-de-comercio-exterior/4-requirementos-ctpi/>.

3. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelas técnicas em nomeadas do CTI, eventual manifestação a respeito deve ser encaminhada a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RAIMUNDO ALVES DE REZENDE

ANEXO

SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO PROPOSTA	
2917.20.08 - Ácidos policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados	3 2917.20 2917.20.1 2917.20.15 2917.20.90 Outros	2917.20 Ácidos Policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados Istens de ácidos policarboxílicos cítricos Cítricos-estearato de glicerila Outros
		12 2 2

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/autenticidade.html>, pelo código RNE: 281512300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que inclui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

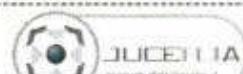
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFD4E356AFADAE5FCFBFFD5CF68740F2338496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.ej.us.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13





4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS 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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS 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



4995508

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, ¼ (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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284798
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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



4998510

convocada.

M/W

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 Assembleias 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 4 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 alcada 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 alcada 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BFBA0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 encriturar 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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996514

- P
W
- 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 inicio 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020183575185 - 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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/01



4996516

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

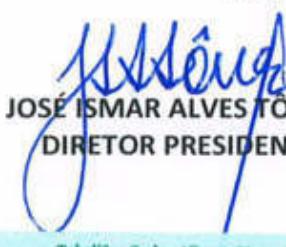
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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 Fimro Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800
ADB28690
OB8674
Reconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas das: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Serventia
TJ-RJ
Total

17º Ofício de Notas RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Escrivente
3,96
CTNRS.60982 série 06077 ME
Aze 20 5 3º Lei 8.986/94

Paulista Cristina A. D. Gaspar - Adv.
ETLP-56881-HDR, EELP-56882-GRS
Consulte em <https://www3.tirr.jus.br/sitepublico>



SUBSTABELECIMENTO

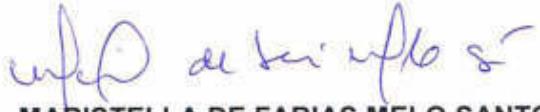
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, ALFA SEGURADORA S/A, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ANGELUS SEGUROS S/A; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ARUANA SEGUROS S.A.; ASSURANT SEGURADORA S.A; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AXA CORPORARTE 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; INVESTMAR 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; POTENCIAL 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.; SUHAI 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 mandado**





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; JOSELAINA 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 LIDER 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



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

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 3^a 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



Nº DA CONTA JUDICIAL
2600134325406

Nº DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 01/04/2020	AGÊNCIA (PREF / DV) 3797	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
DATA DA GUIA 31/03/2020	Nº DA GUIA 2709084	Nº 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				



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: PJDRM KCUDF XYZUR AP5AU

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



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

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 3^a 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

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: PJVAD N8ASR 9KABE CTFJR



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

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 3^a 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 desvincilar 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 resarcido 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 sequela 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 descriminando 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 dilacão 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 causados 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, 5^a 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 Excelênci 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

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

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



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

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

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

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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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

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)

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

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

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

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

() 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



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: PJD6M R34PS TMBEM 5UUG3



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

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

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

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:

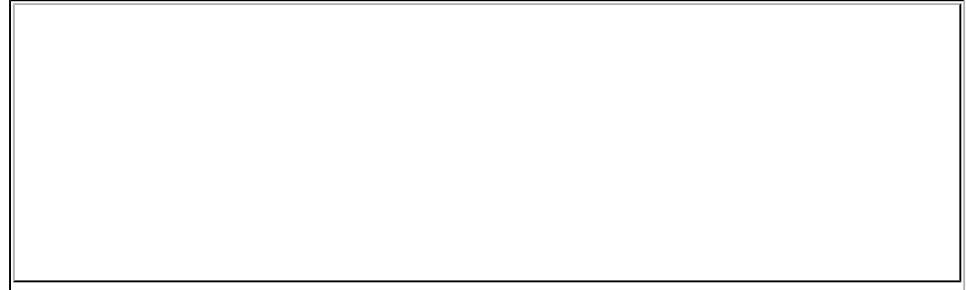
<input checked="" type="checkbox"/> Intimação	<input type="checkbox"/> Vítima
<input type="checkbox"/> Citação	<input type="checkbox"/> Testemunha
<input type="checkbox"/> Condução	<input type="checkbox"/> Réu
<input type="checkbox"/> Prisão	
<input type="checkbox"/> Soltura	

- (x) 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.
- (x) 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



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 Honório Pinheiro

Informações do acidente

Local:

Av- N 21 Bamus Senada Helio Campos

Data do acidente

20/08/2018

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 epígrafe, 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 Honório 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 fraturas de 3º, 4º, 5º dedos da mão (E), já realizado anágese e tomada de membro superior, náusea de dedo na

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)

* PERICIADO 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 dedos da mão (E), apresenta atrofia, anisometria, diminuição de força motora, alteração sensitiva, há ausência de flexão e extensão espontânea

V) Em virtude da evolução de lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- sim, em que prazo:

não

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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(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 integra 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:

Boa Vista-RR, 26, 08 / 2020

Assinatura do médico - CRM

Drª. Marilia Batista
Médica CRM/RR 853
Medicina do Trabalho-RQE 818

①

Moto Moto

- SAMW
 - ful c1 MS E
 (/ Cutte cobre cutte.
 (/ scas MID

- HGP 21/01/10

- ful expt Mas (E) } 3, 4, 5^o
 LM C + Ro fe
 Økontese MID

ful 3, 4^o, 5^o

- ful expte 4, 5 Mas (E)

- RX 23/01/2017 3, 4, 5
 03/02/2017

- other ful
 - J muscular

- 4, 5 of mas, Rigidez + forme
 - carboks, domes.
 - ammet.

SEJU

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

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

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

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

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

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: PJYEL JLQ8Z SS2BK 2GF4R



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

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.

Analizando 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 diliação probatória.

A matéria em deslinde já estou 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 nº. 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, intimem 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, arquive.

P. R. I.

Boa Vista, data e hora constante do sistema.

Rodrigo Bezerra Delgado
Juiz de Direito
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)

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

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

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

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