

 PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE	Protocolo de Envio de Procuração																				
Enviado para MONTE ALEGRE																					
OAB: 2592##SE Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ Nº do Protocolo: 20200602160604035 Nº do Processo: 202086100176 Data de Envio: 02/06/2020 04:06 PM Tipo de documento: Procuração - Vinculação de advogado ao processo. PROTOCOLO PENDENTE!!!																					
<table border="1"><thead><tr><th>Descrição</th><th>Anexo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Petição</td><td>2724408_CONTESTACAO_01.pdf</td></tr><tr><td>Procuração</td><td>ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf</td></tr><tr><td>Procuração</td><td>ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-26-40.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-41-55.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-56-70.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-71-86.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-1-12.pdf</td></tr><tr><td>Outros documentos</td><td>2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-13-25.pdf</td></tr></tbody></table>		Descrição	Anexo	Petição	2724408_CONTESTACAO_01.pdf	Procuração	ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf	Procuração	ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-26-40.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-41-55.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-56-70.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-71-86.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-1-12.pdf	Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-13-25.pdf
Descrição	Anexo																				
Petição	2724408_CONTESTACAO_01.pdf																				
Procuração	ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-1-10.pdf																				
Procuração	ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER-11-20.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-26-40.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-41-55.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-56-70.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-71-86.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-1-12.pdf																				
Outros documentos	2724408_CONTESTACAO_Anexo_02_compressed-1-25-13-25.pdf																				

[imprimir](#)



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MONTE ALEGRE/SE

Processo: 202086100176

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 **AVERALDO DOS SANTOS**, 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 **22/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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)

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*******TRANSFERIDO PARA:**

CLIENTE: AVERALDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00866

CONTA: 000000008330-6

Nr. da Autenticação B01BDF2AEF0B5C32

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.

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **22/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito sob o nº 2595/SE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MONTE ALEGRE, 27 de maio de 2020.

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrito na 2592 - OAB/SE, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, 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 **AVERALDO DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MONTE ALEGRE**, nos autos do Processo nº 00001771020208250060.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AVERALDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00866

CONTA: 000000008330-6

Nr. da Autenticação B01BDF2AEF0B5C32

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373956

Cidade: Nossa Senhora das Dores

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do acidente: 22/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E CLAVÍCULA, FACE SUPERIOR, ATROFIA DA MUSCULATURA DO DELTOIDE E BÍCEPS, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME EM 1/2 DA CLAVÍCULA (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA), DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO IMPORTANTE DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 05° (0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 05° (0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

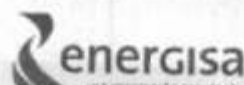
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

27 FEV 2019



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 010.824.579

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49045-100
CNPJ 13.817.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS 0217 CASA A
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/912787-9

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

07/02/2019

CONSUMO

120

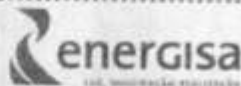
VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

Acesse: www.energisa.com.br



DETINHA AQUI

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Roteiro: 05-430-340-7391

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/02/2019

VENCIMENTO

14/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 99,53

MATRÍCULA

912787-2019-02-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

João Marcos da O. Rosainscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAveraldo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Averaldo dos Santosinscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72, 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 dos Saneiros</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>N. Sra. da Guaria</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosduplex@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: N. Sra. da Guaria 26.02.19João Marcos da Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

João Marcos Da O. Rosainscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675,00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAveraldo dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima Averaldo dos Santosinscrito (a) no CPF sob o Nº 336.807.955,72, 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 dos Saneiros</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Brasília</u>	Cidade: <u>N. Sra. da Guaria</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosduplex@gmail.com</u>	CEP: <u>49.680-000</u>	Tel. (DDD): <u>79.99189207</u>

Local e Data: N. Sra. da Guaria 26.02.19João Marcos da Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

27/12/2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRP
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL....: FILHA TEL....: 799992731
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE 8
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

AUTENTICACAO
 Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi entregue em Monte Alegre de Sergipe.
 Escrivente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça de Sergipe
 Ofício Único do Registro de Monte Alegre de Sergipe - 25/12/2019 16:58
 Selo TJSE: 19 2907 002771
 Acesso: www.tjse.jus.br/844482



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917

DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS

DOC....: 723629

IDADE.....: 54 ANOS

NASC: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO....: CASA

BAIRRO: CENTRP

MUNICIPIO.....: PROPRIA

UF: SE

CEP....: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL....: FILHA

TEL....: 7999927318

PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE

8

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[X] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DATA: 11/01/2019 HORA: 06:36 USUARIO: DRJESUS
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	: AVERALDO DOS SANTOS	DOC...	: 723629
IDADE.....	: 54 ANOS	NASC: 17/06/1964	SEXO...: MASCULIN
ENDERECO.....	: RUA DO SOL	NUMERO: 100	
COMPLEMENTO...	: CASA	BAIRRO: CENTR	
MUNICIPIO.....	: PROPRIA	UF: SE	CEP...: 49900-00
NOME PAI/MAE...	: MANOEL MILTON SANTOS	/MARIA GEDALVA DOS SANTOS	
RESPONSAVEL...	: FILHA	TEL....: 79999273	
PROCEDENCIA...	: PROPRIA - SE		
ATENDIMENTO...	: OUTROS		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE...: NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	MEIO DE AMBIENTE	

PA: [] X [] ~~[]~~ WILCO: [] ~~[]~~ TEMP.: [] PISO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LIQUOR ☐ ECG ☒ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☒ NAO 1) 2) 3) 4) 5)

DADOS CLINICOS: / / + ? DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: () DECISAO MEDICA () A PEDIDO
() ENCAMINHADO AO AMPLIATORIO

HORA DA SAÍDA: :
DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL. JUNIOR.

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []	ATE 48HS []	APÓS 48HS []	FAMILIA []	IML []	ANAT. PATC []
------------	--------------	---------------	-------------	---------	----------------

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Chicago 70-20000
The San Francisco Office
CITY 80427 1-10-68

Identificação do Estabelecimento

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEC

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALVARADO DOS SANTOS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3
10 - RAÇA / COR
11 - NOME DA MÃE
12 - NOME DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
15 - COG. IBGE MUNICÍPIO
16 - UF
17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com trauma na clavícula e dor e inabilidade funcional
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX indica fratura e desvio
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura clavicular
25 - CID 10 PRINCIPAL
26 - CID 10 SECUNDÁRIO
27 - CID 10 CAUSAS ASSC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Trat. Cirúrgico
29 - CLÍNICA
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17.01.19
34 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO
Guilherme L. Silva
Ortopedista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
40 - CNPJ DA SEGURADORA
41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - SÉRIE
43 - CNAS DA EMPRESA
44 - CBO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
17.01.19
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

EDUARDO DOS SANTOS

LEITO:

GÊNERO

IDADE

DATA 11/01/19

DIAGNÓSTICO:

fract. clavícula e

F-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
01	Dieta V.O. <i>branda</i>	SND	
02	Sinais Vitais 6/6 horas	ROTINA	
03	Keflin 1g. IV. 6/6 horas ou Kefazol 1g. IV. 8/8 horas	8	16 54
04	Ranitidina 02ml + 18ml AD. IV. 12/12 horas ou Omeprazol 40mg IV. às 06:00 horas	12	18 06
05	Dipirona 07ml + 06ml AD. IV. 6/6 horas	10	28 06
06	Profenid 01 ampola IV + 100ml SF 0,9% 12/12 horas	SOS	
07	Tramal 100mg + 250ml SF 0,9% IV, 8/8 horas	SUSPENSO	
08	Clexane 40mg SC 1x/dia ou Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS	
09	Bromoprida 02ml + 18ml AD, IV 8/8 horas, se náuseas ou vômitos SOS	11	17 23 05
10	Glicemia capilar 6/6 horas, se diabético.	117	117
11	Insulina regular, conforme glicemia		
12	< 200 = Ø 251-300 = 4U 351-400 = 8U		
13	201-250 = 2U 301-350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia <70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS >180mmHg ou PAD >110mmHg SOS		
16	Curativo diário 1x/dia	10	

Sa 09% 500 + 0 ml / EV
Sa 5% 0 + 500 + 300 ml / EV
Sa 5% 0 + 500 + 300 ml / EV

500
500
500

Nome:

AV Evildo dos Santos

DATA

16/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 54

Enfermaria: F

Leito: 02

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

SND

ROTINA

10

Dieta Livre
Alimentar rotineira 6/6h
Anestesia
A Alta hospitalar

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

PACIENTE

AVERALDO DOS SANTOS

DIAGN

SEXO

RES:

DATA	HISTÓRICO
11 09 19	Paciente e trauma na cl vulsa L ha + 20 dias, fratura clavicular de incidência comp AMP = N. D. N Clavícula parietal e hem edema no anteb braço L Clav e limitações de movimento RX indica fratura e desmor D = local clavicular E Ant = Intermuscular
11 01 19	CC - Paciente submetido do a trat cirurgico de fratura clavicular L e placa e parafusos fixação

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO

PACIENTE

DADE

520

PSYCH

Avenida 13 de junho, 776 – Centro – Fone: (79) 3432-9200

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

2. Lí nú ngr ca

LETO:

F 94

PACIENTE

Miguelito dos Sinos

side 54

5510 M

DEC

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GI
11/01/19	08:30	Paciente admi. no bloco de cirurgia. Ela não se lembra de nada da sua residência, do nome do marido, dos filhos, para monitorar a pressão arterial. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	11:20	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
11/01/19	14:30	Paciente admi. no bloco de cirurgia. Ela não se lembra de nada da sua residência, do nome do marido, dos filhos, para monitorar a pressão arterial. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	14:50	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	16:11	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	21:05	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	23:00	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					
	24:00	Paciente encaminhada para o CC. Ela não se lembra de nada da cirurgia, nem do nome do médico. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação. Ela não se lembra de nada da internação.					

LETO

5510

REG

Italiana-Ser

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome Aurelino dos Santos

Data 12.01.19

Leito F-03

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesinal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampiclitil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	04
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	03
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	01
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	02
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	
Propofol	Amp.	04
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	03
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9% 500ml	Amp.	03
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	04
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	

Kipro 400mg

Fr

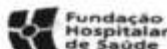
1 placa Ae estreta 8F.
cortical = 16 = 17
K = 1

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/3088	Und.	03 cada
Alcool 70%	Und.	+100ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	04
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Aut de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P. Oxigenoterapia (oculos)	Und.	01
Catgut Cromado C Agulha	Und.	
Catgut Cromado S Agulha	Und.	
Catgut Simples C Agulha	Und.	
Catgut Simples S Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	25
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	+100
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparradrapo Comum	Cm.	
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Fescola C Degermação	Und.	04
Formol Liquido	MI	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelo	Und.	01
Intracath	Und.	
Lamina de Bisturi	Und.	02
Luva Cirurgica Descartável	Und.	5 pares
Malha Tubular	Und.	
Micro pore	cm	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

João Carlos

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	02
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	1
Sonda (tubo) Endot. S. Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias extensor	Und.	01
Vicril 2-0	Und.	02
Agulha Desc. P Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	02
Luvas (par) 7.5	Und.	
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	02
Máscaras Descartáveis	Und.	02
Gorro	Und.	02
Pro pé	Par	02
Latex	Und.	02
Eletrodos	Und.	02
Ar Comprimido	Hora	2 em uso
Bisturi Elétrico	Hora	1
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	1
Oxigênio	Hora	1
Oxímetro de Pulso	Hora	1
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	1
Vácuo	Hora	1
Furadeira	Hora	1



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ALVARADO DOS SANTOS

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura de clavícula

Cirurgia realizada:

Osteossíntese

Cirurgião:

Guilherme Siqueira

Auxiliares:

Anestesiologista:

Rudimila

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Punção DTH sob anestesia
- 2) APAC
- 3) Incisão superior na reg. cl.
- 4) Dissecção por planos
- 5) Identificação do furo ch. fixação por furo realizado e fixação e bloqueio superior e inferior
- 6) Controle hemostático
- 7) Lavagem de fundo cava
- 8) Fechamento pele + curativo

Data:

11/11/2020

Assinatura do cirurgião:

Guilherme E. S. Siqueira
Ortopedia - Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Averal do da Cruz Nº PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: SUS DATA: 11.01.19 SEXO: M COR: _____ IDADE: _____ PÊSO: _____
NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I
DIAG PRE-OP: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____
DIAG POS-OP: _____
CIRURDIA REALIZADA: fratura clavícula (E)
PRÉ-ANESTÉSICO: 10pm 78h HORA: _____ EFEITO: _____
CIRURGIÃO: Gulberne 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
AGENTE HORA: _____

[illegible]

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Paciente: Evandro dos Santos DN: 12.05.64BE: 612487

Material: Campos de lap
Data de Esterilização: 11.01.19
Data de Validade: 18.01.19
Número de Carga: 69
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Junice 120954



Material: 100. ped. porte
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Carga: 63



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: Fuxadua Macon
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Lote: 63
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Profissional de Enfermagem:

Josineide Carvalho dos Santos
Aut. de Enfermagem
CORENISE 716.173

HOSPITAL Regional CIDADE: Itaboraí COORDENADOR: _____

MÉDICO Dr. Guilherme **Guilherme E. S. Silva** CRM _____
Ortopedia - Traumatologia

NOME PACIENTE Aurelio dos Santos PRONTUÁRIO 612487

DATA NASCIMENTO PACIENTE 11/05/1964 NOME DA MÃE PACIENTE ma Gledalva dos Santos

DATA INTERNAÇÃO 11/01/2019 DATA CIRURGIA 11/01/2019 DATA DA ALTA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO Redução cirúrgica + fixação de fratura de clavícula (E) C6DIGO PROCEDIMENTO _____

DESCRÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS		REF	QTD	DESCRÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM	08f	01	FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDÍLEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
MINI FRAGMENTOS	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA Umero			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	36	1/2					PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM					
PARAFUSO CORTICAL MM	QTD	04	01					PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM					
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº							PARAFUSO HEBERT 2.0MM					
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	QTD							PARAFUSO HEBERT 2.7MM					
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº							PARAFUSO BLOQUEADO MM					
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	QTD							PARAFUSO BUCO MM					
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº							PARAFUSO INTERFERC. MM					
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	QTD							PARAFUSO DISTAL / PROX. MM					

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRÇÃO	QTD	DESCRÇÃO	QTD
<u>Andressa Alves de Almeida</u>			
<u>Aux. Enfermagem</u>			

ECG de Repouso**Dados do Paciente**

Nome: Averaldo dos Santos

Reg. Clínico: 120213

RG:

CPF:

Data de Nascimento: 17/05/1964

Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 1066

Data: 28/12/2018

Convênio: Particular

Hora: 15:00

Responsável: Dr Fabio Serra Silveira

Solicitante: Lucas S. Lima

CRM: SE-2751

CRM: 4778

Laudo - 03/01/2019 07:55:21**RITMO SINUSAL**

SAQRS: entre 0 e 30 graus

FC: 68 bpm

CONCLUSÃO:**NORMAL**

Atendimento 120047
 Nome AVERALDO DOS SANTOS
 Profissão
 RG 723629
 CPF
 Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
 Hora 08:35
 Escol.
 Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
 Data Nasc. 17/05/1964
 Convênio Particular

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Sangue Total Com EDTA K3
 Método: Automatizado
 Data Liberação: 28/12/2018
 Laboratório: INTERNO

SÉRIE VERMELHA

A) Eritrócitos 4,71 milh/mm3

B) Hemoglobina 14,80 g/dl

C) Hematócrito 45 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M. 96 fl

B) H.C.M. 31 pg

C) C.H.C.M. 33 g/dl

RDW-SD 52,00

RDW-CV 12,90

SÉRIE BRANCA

A) Leucócitos (val.global) 4.790

B) Contagem diferencial % /mm3

Segmentados 65 3114

Eosinófilos 7 335

Linfócitos 23 1102

Monócitos 5 240

Observação: Eosinofilia

PLAQUETAS 169.000 mm³**Referência**

Homem: 4,5 a 6,0 / Mulher: 4,0 a 5,4 milh/mm3

Homem: 14 a 18 / Mulher: 12 a 16 g/dl

Homem: 40 a 52 / Mulher: 36 a 47%

80 a 97 fl

26,5 a 33,5 pg

31,5 a 35,0 g/dl

Homem 39 a 46,3fl / Mulher 36,5 a 50,2fl

10,0 a 15,0

4.000 a 10.000/mm3

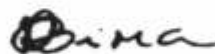
% /mm3

44 a 70 1.660 a 7.000

01 a 06 100 a 600

18 a 44 1.000 a 4.500

02 a 10 200 a 1000

150.000 a 450.000 mm³


 RENATA GUIMARÃES DE LIMA
 TÉCNICA DE LAB.

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:
 Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

COAGULOGRAMA

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulômetro
Data Liberação: 29/12/2018
Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento

2,00 Min 1 a 3 minutos.

Tempo de coagulação

7,30 Min 5 A 10 minutos.

Tempo de Protombina

12,80 Segundo(s) 11,0 a 15,0 seg.

Protombina (atividade)

84 % 68,4 a 100t

INR

1,06 0,96 a 1,13
Terapia Anticoagulante Oral: 2,0 a 4,0

TPA

29,40 Segundo(s) 30,0 a 43,0 seg

Prova de laço

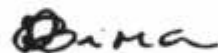
Negativo

Contagem de Plaquetas

169.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

Retração de coágulo

40 % 40 A 68%



HELENA QUINTAL ANDRE LIMA
LABORATÓRIO

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

GLICOSE

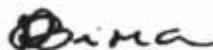
Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Soro
Metodo: Glicose/Oxidase
Data Liberação: 28/12/2018
Laboratório: INTERNO

RESULTADO 83 mg/dL

Referência

Normal: 60 a 99 mg/dL
Suspeita de Diabetes: Acima 125 mg/dL
Fontes de Valores: ADA
(Associação Americana de Diabetes)

PENATA QUINTALANO L. LÚCIA
CRIM 1875

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELN) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	CIRURGIÃO:
Re onal de Staboisma	guilherme
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Guarabato dos Santos	17/05/64
	PRONTUÁRIO Nº
	632487
IME DA:	DATA DA CIRURGIA:
Maria godelva dos Santos	11/10/99

ITEM CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARIMBO DO CIRURGIÃO:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Guilherme E.S. Silva
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2728

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24208
Numero do CNS: 0000000000000000
Nome.....: AVERALDO DOS SANTOS
Documento.....: 723629 Tipo:
Nascimento....: 17/05/1964
Estado Civil.:
Idade.....: 54 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: MANOEL MILTON SANTOS
Nome da Mae...: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Endereco.....: RUA DO SOL, 100 CASA CEP: 49900.000
Telefone.....: 79999273188
Bairro.....: CENTRP
Município.....: 2805703 - PROPRIA - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 11/01/2019





RECEITUÁRIO

NOME:

Aracelis dos Santos

Paciente com trauma por acidente
de motocicleta estando em região
desabitada, fez esse atestado
Sob o Assessoria Ortopédica

Dr. 
Cristina M. - 4006

KTH
22/12/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é
reprodução fiel do original que me foi
exibido. Monte Alegre de Sergipe/SE



EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Isaque dos Santos Rodrigues
Escrevente

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Monte Alegre de
Sergipe - R5102 R19
Selo TJSE: 2019 2962 2002769
Acesse: www.tjse.jus.br/x19E20B



Relatório Médico.

Paciente Avelardo dos Santos,
induzido a trat. de fr. de
lamina L e 11/02/19. no
limbo de. de ADH e poma
do local.

RX indica vertice com
placa parafusa e fio de aço
ID= fr. de lamina L e
do h. e 3m.

Cond= Manter trat. limbo
e fixotrazeros

Agr 09
04
19

Dr. [Signature]
[Stamp]

CTD= 5=42.0



27/12/2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTRP
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL....: FILHA TEL....: 799992731
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE 8
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

AUTENTICACAO
 Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi entregue em Monte Alegre de Sergipe.
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça de Sergipe
 Ofício Único do Registro de Monte Alegre de Sergipe - 25/12/2019 19:58
 Selo TJSE: 19 2907 002771
 Acesso: www.tjse.jus.br/844482



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917

DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS

DOC....: 723629

IDADE.....: 54 ANOS

NASC: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO....: CASA

BAIRRO: CENTRP

MUNICIPIO.....: PROPRIA

UF: SE

CEP....: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL....: FILHA

TEL....: 7999927318

PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE

8

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[X] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DIA: 05/05

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 612487

DATA: 11/01/2019

HORA: 06:36

USUARIO: DR JESUS

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: AVERALDO DOS SANTOS

DOC...: 723629

IDADE...: 54 ANOS

NASO: 17/05/1964

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO...: RUA DO SOL

NUMERO: 100

COMPLEMENTO...: CASA

BAIRRO: CENTRO

MUNICIPIO...: PROPRIA

UF: SE

CEP...: 49900-000

NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS

/MARIA GEDALVA DOS SANTOS

RESPONSAVEL...: FILHA

TEL...: 79999273

PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE

ATENDIMENTO...: OUTROS

CASO POLICIAL...: NAO

PLANO DE SAUDE...: NAO

TRATAMENTO: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

PLANO DE AMBULANCIA: NAO

PA: []

X

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[]

[]

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[]

[] LIQUOR

[] ECG

[]

[] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS:

[]

SIM []

NAO

DADOS CLINICOS:

Acident h + 20

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Fract clavicular e

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

RX do Torax PA

Intervencao

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Jesus
The Dr. Jesus
01/11/2019

Identificação do Estabelecimento

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEC

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALVARADO DOS SANTOS
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3
10 - RAÇA / COR
11 - NOME DA MÃE
12 - NOME DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
16 - COG. IBGE MUNICÍPIO
17 - UF
18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com trauma na clavícula e dor e inabilidade funcional
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX indica fratura e desvio
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL
fratura clavicular
25 - CID 10 PRINCIPAL
26 - CID 10 SECUNDÁRIO
27 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Trat. Cirúrgico
29 - CLÍNICA
30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17.01.19
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
GUILHERME L. SILVA
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
40 - CNPJ DA SEGURADORA
41 - CNPJ DA EMPRESA
42 - SÉRIE
43 - CNAS DA EMPRESA
44 - CBO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

EDUARDO DOS SANTOS

LEITO:

GÊNERO

IDADE

DATA 11/01/19

DIAGNÓSTICO:

frontal cefaléia e

F-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
01	Dieta V.O. <i>branda</i>	SND	
02	Sinais Vitais 6/6 horas	ROTINA	
03	Keflin 1g. IV. 6/6 horas ou Kefazol 1g. IV. 8/8 horas	8	16 54
04	Ranitidina 02ml + 18ml AD. IV. 12/12 horas ou Omeprazol 40mg IV. às 06:00 horas	12	18 06
05	Dipirona 07ml + 06ml AD. IV. 6/6 horas	10	28 06
06	Profenid 01 ampola IV + 100ml SF 0,9% 12/12 horas	SOS	
07	Tramal 100mg + 250ml SF 0,9% IV, 8/8 horas	SUSPENSO	
08	Clexane 40mg SC 1x/dia ou Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SOS	
09	Bromoprida 02ml + 18ml AD, IV 8/8 horas, se náuseas ou vômitos SOS	11	17 23 05
10	Glicemia capilar 6/6 horas, se diabético.	117	117
11	Insulina regular, conforme glicemia		
12	< 200 = Ø 251-300 = 4U 351-400 = 8U		
13	201-250 = 2U 301-350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia <70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS >180mmHg ou PAD >110mmHg SOS		
16	Curativo diário 1x/dia	10	

Sa 09% 500 + 0 ml / EU
Sa 5% 0 + 500 + 300 ml / EU
Sa 5% 0 + 500 + 300 ml / EU

500
500

Nome:

AV Evildo dos Santos

DATA

16/09/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 54

Enfermaria: F

Leito: 02

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

SND

ROTINA

10

Dieta Livre
Alimentar rotineira 6/6h
Anestesia
A Alta hospitalar

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LITO

PACIENTE

AVERALDO DOS SANTOS

DIAGN

SEXO

RES:

DATA	HISTÓRICO
11 09 19	Paciente e trauma na cl vulsa L ha + 20 dias, fratura clavicular de incidência comp AMP = N. D. N Clavícula parietal e hemi edra no anteb braço L Clav e limitações de movimento RX indica fratura e desmor D = local clavicular E Ant = Intermuscular
11 01 19	CC - Paciente submetido do a trat cirurgico de fratura clavicular L e placa e parafusos fixação

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

Guilherme E. S. Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO

PACIENTE:

DADE

SDO

PROF.

Avenida 13 de junho, 776 – Centro – Fone: (79) 3432-8200

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

E. Cirúrgica

LEITO

F01

PACIENTE

A. Veraldo dos Santos

IDADE 54

SEXO M

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	GI
11/01/19	08:30	Paciente admi. no bloco de cirurgia li. n. g. e. p. o. e. b. t. d. a. n. a. r. e. s. i. d. e. n. t. e. l. i. a. , d. e. o. r. a. p. i. n. h. a. d. o. p. o. r. a. n. i. s. t. r. a. d. o. p. o. r. a. n. i. s. t. r. a. d. o. p. o. r. a. n. i. s. t. r. a. d. o. d. i. n. i. s. t. r. a. d. o. p. o. r. a. n. i. s. t. r. a. d. o. p. o. r. a. n. i. s. t. r. a. d. o. D. M. L. H. A. S. , l. u. g. a. a. l. i. n. h. a. m. u. n. d. i. c. a. t. o. r. a. e. x. p. o. s. t. o. d. e. m. a. d. o. d. o. c. c. —					
	11:20	Paciente encaminhado para o CC.					
11/01/19	14:30	Pte. dá entrada no C.C. procedente da clínica cirúrgica, consciente, o- rientado, para submeter-se a T.O. cirúrgica de fratura de clavícula (E) aos cuidados de Dr. Guilher- me. Posicionado e monitorizado em sala 3. Realizado punção venosa em M.S.E. com gelco nº 18.				67	112
	14:50	Início do ato anestésico aos cuidados de Dra. Ludmila, sob geral, sem in- tercorrências.					76
		Início do ato cirúrgico, pte. monitoriza- da sob efeito anestésico, venoclise operante em M.S., padrão respirató- rio confortável, pele T.O.				64	112
16/01/19		Trans-Operatório de que sem intercorrências Termine do ato cirúrgico, pte. extubada pelo anestesta, sem intercorrências conduzido à SRPA aos cuidados da equi- pe. Ac. eila. padaro 722673 com 6A				67	152
	21:05	Pte. encaminhado a enfermaria acordada, sem queixas em bom esta- do, acompanhado por familiares.					102
	23:00	Realizado hgt com valor de 117 mg/dl					
	24:00	admi. no bloco de cirurgia K. L. J. n. L. g. v. , l. o. n. f. o. r. m. e. p. r. e. s. e. n. t. e. m. u. n. d. i. c. a. t. o. r. a. —					

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 723817

Ac. eila. padaro 722673
com 6A

Ac. eila. padaro 722673
com 6A

Ac. eila. padaro 722673
com 6A

Ac. eila. padaro 722673
com 6A

Lucia Silva dos Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN-SE 723817

LETO

5510

REG

Italiana-Ser

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome Aurelino dos Santos

Data 12.01.19

Leito F-03

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesinal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampiclitil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	04
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	03
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	01
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	02
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaína 0.5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	
Propofol	Amp.	04
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	03
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9% 500ml	Amp.	03
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	04
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Geléia	Fr.	

Kipro 400mg

Fr

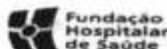
1 placa Ae estreta 8F.
cortical = 16 = 17
K = 1

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/3088	Und.	03 cada
Alcool 70%	Und.	+100ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	04
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Aut de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	01
Cateter P. Oxigenoterapia (oculos)	Und.	01
Catgut Cromado C Agulha	Und.	
Catgut Cromado S Agulha	Und.	
Catgut Simples C Agulha	Und.	
Catgut Simples S Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	25
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	+100
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparradrapo Comum	Cm.	
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C Degermação	Und.	04
Formol Liquido	MI	
Gaze Algodoadas	Und.	
Gelo	Und.	01
Intracath	Und.	
Lamina de Bisturi	Und.	02
Luva Cirurgica Descartável	Und.	5 pares
Malha Tubular	Und.	
Micro pore	cm	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Josineide

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	02
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	1
Sonda (tubo) Endot. S. Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias extensor	Und.	01
Vicril 2-0	Und.	02
Agulha Desc. P Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	02
Luvas (par) 7.5	Und.	
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	02
Máscaras Descartáveis	Und.	05
Gorro	Und.	06
Pro pé	Par	06
Latex	Und.	06
Eletrodos	Und.	05
Ar Comprimido	Hora	2ml uso
Bisturi Elétrico	Hora	11
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	11
Oxigênio	Hora	11
Oxímetro de Pulso	Hora	11
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	11
Furadeira	Hora	11



Ficha de Ato
Cirúrgico

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

ALVARADO DOS SANTOS

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura de clavícula

Cirurgia realizada:

Osteossíntese

Cirurgião:

Guilherme Siqueira

Auxiliares:

Anestesiologista:

Rudimilson

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- 1) Punção DTH sob anestesia
- 2) APAC
- 3) Incisão superior na reg. cl.
- 4) Dissecção por planos
- 5) Identificação do furo ch. fixação por furo realizado e fixação e bloqueio superior e inferior
- 6) Controle hemostático
- 7) Lavagem de fundo cava
- 8) Fechamento pele + curativo

Data:

11/11/2019

Assinatura do cirurgião:

Guilherme S. Siqueira
Ortopedia - Traumatologia

FICHA DE ANESTESIA

NOME: Averal do da Cruz Nº PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: SUS DATA: 11.01.19 SEXO: M COR: _____ IDADE: _____ PÊSO: _____
NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____
SETOR MÉDICO: _____ AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I
DIAG PRE-OP: _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____
DIAG POS-OP: _____
CIRURDIA REALIZADA: fratura clavícula (E)
PRÉ-ANESTÉSICO: 10pm 78L HORA: _____ EFEITO: _____
CIRURGIÃO: Gulberne 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
AGENTE HORA: _____

Rings		1000 ml		INDUÇÃO						
				Venosa						
				TOT tubo						
				70 c/bala						
				tentativa						
				cônica						
				MANUTENÇÃO						
				Venosa						
				ventilacis						
				no câmara						
				RECUPERAÇÃO						
				A SRPA						
ANOTAÇÕES										
Dormind 5mg										
Dexadron 10										
Plavil 10 mg										
Kubant 200mg										
Delcium 80 mg										
Propofol 200										
100 mg										
ultra 2mg										
Cetabulua 2g										
Atinona 2g										
Bioten 100 mg										
Atinona 10 mg										
+ 2mg										
Tramadol 100 mg										
Alupron 1.0 mg										
Barbiturico 2.0 mg										
Sem intercorrência										
nas										
A SRPA										
Aba SRPA										
Zoll										
DROGAS / MATERIAL	CONC.	QUANT	ANESTESIA							
			Sem-Reinlação	Aberto	Semi-fechado	Circulo	Vai e Vem	S/C Absorçec		
			Orotraqueal - Nasotraqueal - Sonda			Respiração	Esport.	Auxil.	Contra	Mec
			Ense			S/C Lesão			Aparelho	
			Posição	Local	Punção	Simplex	C/Cateter		Liquor	
			Pos. Após		Pos. Op	Duração da Op			Duração da Anest	
			Cond. Final		Resultado	B.R.	M.	Reflexos	Acordado - Sono - Adormecido	
			Líquidos		Sangue			Anestesiologista		

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Paciente: Evandro dos Santos DN: 12.05.64BE: 612487

Material: Campos de lap
Data de Esterilização: 11.01.19
Data de Validade: 18.01.19
Número de Carga: 69
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Junice 120954



Material: 100. ped. porte
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Carga: 63



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: lapote
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 10.07.19
Número de Lote: 62
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Material: Fuxadua Macon
Data de Esterilização: 10.01.19
Data de Validade: 17.01.19
Número de Lote: 63
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Ma Teixeira 44639



Profissional de Enfermagem:

Josineide Carvalho dos Santos
Aut. de Enfermagem
CORENISE 716.173

HOSPITAL Regional CIDADE: Itaboraí COORDENADOR: _____

MÉDICO Dr. Guilherme **Guilherme E. S. Silva** CRM _____
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2728

NOME PACIENTE Aurelio dos Santos PRONTUÁRIO 612487

DATA NASCIMENTO PACIENTE 11/05/1964 NOME DA MÃE PACIENTE ma Gledalva dos Santos

DATA INTERNAÇÃO 11/01/2019 DATA CIRURGIA 11/01/2019 DATA DA ALTA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO Redução cirúrgica + fixação de fratura de clavícula C6DIGO PROCEDIMENTO (E)
DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

	DESCRIÇÃO	REF	QTD	DESCRIÇÃO	REF	QTD
PEQ. FRAGMENTOS	PLACA 1/3 TUBO RETA 3.5MM			FIXADOR EXTERNO LINEAR		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA RETA 3.5MM	08f	01	FIXADOR EXTERNO PUNHO		
	PLACA RECONSTRUÇÃO BACIA RETA 3.5MM			MINI FIXADOR EXTERNO		
	PLACA EM T 3.5MM			FIXADOR EXTERNO CIRCULAR		
	PLACA EM T OBLÍQUA 3.5MM			FIXADOR WAGNER (ALONGAMENTO)		
	PLACA TREVO 3.5MM			FIXADOR EXTERNO PLATAFORMA		
	PLACA SEMITUBULAR 3.5MM			PINO SCHANZ		
	PLACA CALCANEIO DIREITA			FIO STEINMAN ROSQUEADO		
	PLACA CALCANEIO ESQUERDA			CIMENTO COM ANTIBIOTICO		
	ARRUELA LISA 3.5/4.0MM			CIMENTO SEM ANTIBIOTICO		
GRANDES FRAGMENTOS	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA LARGA 4.5MM			SERRA DE GIGLI		
	PLACA COMPRESSÃO DINAMICA ESTREITA 4.5MM			ENDOPROTESE		
	PLACA RECONSTRUÇÃO 4.5MM			PROTESE DE QUADRIL		
	PLACA EM T 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL DE OMBRO		
	PLACA PLATEAU TIBIAL (MALEAVEL) 4.5MM			PROTESE TOTAL OU PARCIAL JOELHO		
	PLACA CONDÍLEA 4.5MM			PROTESE DE ARTROPLASTIA COTOVELO		
	PLACA EM L 4.5MM			SISTEMA COLUNA PARCIAL OU TOTAL		
	PLACA TREVO 4.5MM			KIT CIMENTAÇÃO		
	PLACA COBRA 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 5 GRAMAS		
	PLACA SEMITUBULAR 4.5MM			ENXERTO OSSEO SINTETICO 10 GRAMAS		
DHS / DCS	PLACA PONTE 4.5MM			FIO CERCLAGEM		
	PLACA CALÇO 4.5MM			PLACA ENDOBOTTON		
	ARRUELA 4.5MM			LAMINA SHAVER		
	ARRUELA 6.5MM			CANULA ARTROSCOPIA		
	PLACA DHS 135°			DRENO SUÇÃO		
	PLACA DCS 95°			FIO STEINMAN		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA CURTA			FIO KIRSCHNER		
	PARAFUSO DESLIZANTE ROSCA LONGA			PLACA BUCO MAXILO		
	PLACA EM T 2.7MM			SUBSTITUTO SINTETICO - DURAMATER		
	PLACA SEMITUBULAR 2.7MM			ASPIRADOR COM FILTRO		
MINI FRAGMENTOS	MINI PLACA EM L 1.5MM			ANCORA		
	MINI PLACA EM T 1.5MM			MINI ANCORA AGULHADA		
	MINI PLACA EM L 2.0MM			ANCORA COM FIO ACOPLADO		
	MINI PLACA EM T 2.0MM			HASTE		
	PLACA VOLAR RADIO DISTAL			FIXADOR MODULAR ALONGAMENTO		
	PLACA BLOQUEADA Umero			FIXADOR RADIO TRANSPARENTE		
	PLACA ARTROSE MM			FIXADOR MODULAR COTOVELO		
	PLACA BLOQUEADA 3.5MM			FIXADOR TRILHO PARA ALONGAMENTO		
	PLACA SPIDER			FIXADOR PEDIATRICO		

ESPECIFICAÇÕES PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL MM	Nº	36	1/2					PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM					
PARAFUSO CORTICAL MM	QTD	04	01					PARAFUSO TITANIO CORTICAL MM					
PARAFUSO CANULADO 3.5MM	Nº							PARAFUSO HEBERT 2.0MM					
PARAFUSO CANULADO 4.5MM	QTD							PARAFUSO HEBERT 2.7MM					
PARAFUSO CANULADO 7.0MM	Nº							PARAFUSO BLOQUEADO MM					
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM	QTD							PARAFUSO BUCO MM					
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5MM	Nº							PARAFUSO INTERFERC. MM					
PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM	QTD							PARAFUSO DISTAL / PROX. MM					

MATERIAL FORA DA LISTA

DESCRIÇÃO	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
<u>Andressa Alves de Almeida</u>			
<u>Aux. Enfermagem</u>			

ECG de Repouso**Dados do Paciente**

Nome: Averaldo dos Santos

Reg. Clínico: 120213

RG:

CPF:

Data de Nascimento: 17/05/1964

Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 1066

Data: 28/12/2018

Convênio: Particular

Hora: 15:00

Responsável: Dr Fabio Serra Silveira

Solicitante: Lucas S. Lima

CRM: SE-2751

CRM: 4778

Lauda - 03/01/2019 07:55:21**RITMO SINUSAL**

SAQRS: entre 0 e 30 graus

FC: 68 bpm

CONCLUSÃO:**NORMAL**

Atendimento 120047
 Nome AVERALDO DOS SANTOS
 Profissão
 RG 723629
 CPF
 Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
 Hora 08:35
 Escol.
 Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
 Data Nasc. 17/05/1964
 Convênio Particular

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Sangue Total Com EDTA K3
 Método: Automatizado
 Data Liberação: 28/12/2018
 Laboratório: INTERNO

SÉRIE VERMELHA

A) Eritrócitos 4,71 milh/mm3

B) Hemoglobina 14,80 g/dl

C) Hematócrito 45 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M. 96 fl

B) H.C.M. 31 pg

C) C.H.C.M. 33 g/dl

RDW-SD 52,00

RDW-CV 12,90

SÉRIE BRANCA

A) Leucócitos (val.global) 4.790

B) Contagem diferencial

Segmentados 65 3114

Eosinófilos 7 335

Linfócitos 23 1102

Monócitos 5 240

Observação: Eosinofilia

PLAQUETAS 169.000 mm³**Referência**

Homem: 4,5 a 6,0 / Mulher: 4,0 a 5,4 milh/mm3

Homem: 14 a 18 / Mulher: 12 a 16 g/dl

Homem: 40 a 52 / Mulher: 36 a 47%

80 a 97 fl

26,5 a 33,5 pg

31,5 a 35,0 g/dl

Homem 39 a 46,3fl / Mulher 36,5 a 50,2fl
10,0 a 15,0

4.000 a 10.000/mm3

% /mm3

44 a 70 1.660 a 7.000

01 a 06 100 a 600

18 a 44 1.000 a 4.500

02 a 10 200 a 1000

150.000 a 450.000 mm³


 RENATA GUINLE LIMA
 LIMA

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:
 Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

COAGULOGRAMA

Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulômetro
Data Liberação: 29/12/2018
Laboratório: INTERNO

Tempo de sangramento

2,00 Min 1 a 3 minutos.

Tempo de coagulação

7,30 Min 5 A 10 minutos.

Tempo de Protombina

12,80 Segundo(s) 11,0 a 15,0 seg.

Protombina (atividade)

84 % 68,4 a 100t

INR

1,06 0,96 a 1,13
Terapia Anticoagulante Oral: 2,0 a 4,0

TPA

29,40 Segundo(s) 30,0 a 43,0 seg

Prova de laço

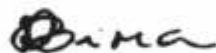
Negativo

Contagem de Plaquetas

169.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

Retração de coágulo

40 % 40 A 68%



HELENA QUINTAL ANDRE LIMA
LABORATÓRIO

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELM) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

Atendimento 120047
Nome AVERALDO DOS SANTOS
Profissão
RG 723629
CPF
Solicitante: Lucas S. Lima

Data 27/12/2018
Hora 08:35
Escol.
Idade 54 ano(s) 7 mes(es) e 11 dia(s)
Data Nasc. 17/05/1964
Convênio Particular

GLICOSE

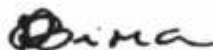
Data Coleta: 27/12/2018 08:35

Material: Soro
Metodo: Glicose/Oxidase
Data Liberação: 28/12/2018
Laboratório: INTERNO

RESULTADO 83 mg/dL

Referência

Normal: 60 a 99 mg/dL
Suspeita de Diabetes: Acima 125 mg/dL
Fontes de Valores: ADA
(Associação Americana de Diabetes)

PENATA QUINTALANO L. LIZA
CHUM 1875

A avaliação eficaz dos resultados depende da correlação clínico - laboratorial, bem como dos aspectos fisiopatológicos do paciente, jejum, interação medicamentosa em uso e aspectos epidemiológicos.

Este laboratório participa ativamente de rigorosos programas de controle de qualidade, sociedade brasileira de análises clínicas (SBAC), programa de proficiência em ensaios laboratoriais (PELN) e sociedade brasileira de patologia clínica.

Responsável técnico do Laboratório:

Nº registro do laboratório no conselho de classe: 00

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	CIRURGIÃO:
Re onal de Staboisma	guilherme
PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Guarabato dos Santos	17/05/64
	PRONTUÁRIO Nº
	632487
IME DA:	DATA DA CIRURGIA:
Maria godela dos Santos	11/10/99

ITEM :DITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARIMBO DO CIRURGIÃO:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Guilherme E.S. Silva
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2728

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24208
Numero do CNS: 0000000000000000
Nome.....: AVERALDO DOS SANTOS
Documento.....: 723629 Tipo:
Nascimento....: 17/05/1964
Estado Civil.:
Idade.....: 54 - ANOS Cor:
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel...: MANOEL MILTON SANTOS
Nome da Mae...: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Endereco.....: RUA DO SOL, 100 CASA CEP: 49900.000
Telefone.....: 79999273188
Bairro.....: CENTRP
Município.....: 2805703 - PROPRIA - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 11/01/2019





RECEITUÁRIO

NOME:

Aracelis dos Santos

Paciente com trauma por acidente
de motocicleta estando em região
desabitada, fez esse atestado
Sob o Assessoria Ortopédica

Dr. 
Cristina M. - 4006

KTH
22/12/18

Av. Paulo Vasconcelos, 1000 - Bairro Centro - Fone: (79) 3265-1402 - CEP 49600-000
Nossa Senhora das Dores - Sergipe - CNPJ: 11.389.851/0001-94

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é
reprodução fiel do original que me foi
exibido. Monte Alegre de Sergipe/SE



EM TESTEMUNHO DA VERDADE

Isaque dos Santos Rodrigues
Escrevente

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
Ofício Único do Distrito de Monte Alegre de
Sergipe - R5102 R19
Selo TJSE: 2019 2962 2002769
Acesse: www.tjse.jus.br/x19E20B



Relatório Médico.

Paciente Avelardo dos Santos,
indivíduo a trat de fratura da
clavícula L em 11/02/19, com
linhas de, de ADH e pontos
de local.

RX indica fratura com
placa parafuso e fio de aço
ID= fratura clavícula L apena
da h. 3m.

Cond= Manter trat. clínico
e fisioterapêutico

Agr

09
04
19

Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

CTD= 5=42.0





PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

Relatório Médico

- 1) Paciente: Frederico dos Santos
- 2) Idade: 55 anos
- 3) Data do acidente: 22/12/2018
- 4) Diagnóstico: fratura de diáfise do Ulnar E CID S42.0
- 5) Tratamento: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos, além de 1 fio de Kirschner.
- 6) Sequelas graves após definitiva:
 - (a) Dificuldades para trabalhar.
 - (b) Limitação de abertura do braço
 - (c) Perda de força no MISE
 - (d) Limitações dos rotapés externos e internos

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418
CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE
www.prontoclinicaortopedica.com.br | prontoclinicaortopedica@gmail.com

CORPO CLÍNICO
PRONTOCLÍNICA ORTOPÉDICA

Dr. Alexson Luis Lima Rodrigues
(CRM 3188)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Calais
(CRM 880)
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Antônio Rocha Meira
(CRM 2337)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Siqueira de Andrade
(CRM 1295)
Medicina Desportiva / Ortopedia Articular

Dr. Denis Cabral Duarte
(CRM 4162)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Baptista Albuquerque II
(CRM 2211)
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana
(CRM 2211)
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana
(CRM 2481)
Ortopedia Geral / Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lício das Anjos Bezerra
(CRM 715)
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira
(CRM 1291)
Ortopedia Geral / Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior
(CRM 1131)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Lombar

Dr. Marcelo Andrade
(CRM 804)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcus Masayuki Ishi
(CRM 3770)
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna Clínica e Ortop.

Dr. Marcelo Moura Rocha
(CRM 3352)
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Mateus Ishi
(CRM 1279)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho / Vínculo Anterior / Artroscopia

Dr. Max Figueira de Carvalho
(CRM 2630)
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago
(CRM 2599)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior
(CRM 3722)
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo
(CRM 2285)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Mendes
(CRM 1277)
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva / Cirurgia do Joelho / Vínculo Anterior

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior
(CRM 2028)
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

(e) Presença de
material metálico no
Joelho e ...

(f) Do quadro de dor sobre o
ombro e ...

Aracaju, 31/05/2019

Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418
CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE
www.prontoclinicaortopedica.com.br | prontoclinicaortopedica@gmail.com

2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72
	DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
1089283590 PASSADIMOS PLASTIFICAR	FOTOGRAFIA 
	APROVADO 05/07/2010
	VIGENCIA 21/09/2020
	EXPIRAÇÃO 10/11/2010
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO
1089283590	ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	15035475057 88016756975
	ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i> Volpato Simão da Mata Neto DIRETOR - PRESIDENTE
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72
	DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
1089283590	FOTOGRAFIA 
	APROVADO 05/07/2010
	VALIDADE 21/09/2020
	FIM DE VALIDADE 10/11/2010
	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO
PASSADIM PLASTIFICAR 1089283590	ASSINATURA DO CANDIDATO <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	15035475057 88016756975
	ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i>
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

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

27 FEV 2019

COGNOMINHO DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIFIC. DO HABILITADO
21233823 SEX M

CPF
828.082.675-00 DATA DO BOMBADEIO
24/11/1988

NACAO
JOSE LUIZ ROSA

LUIZ ROSA DE
OLIVEIRA ROSA

PERMITE O USO
DE VEICULO
CATEGORIA
2.0

VALIDADE
02/04/2019

VALIDADE
02/04/2019

VALIDADE
02/04/2019

SEM OBSERVACAO

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDADE EM TODAS
AS TRANSACOES NACIONAIS
863977539

PRIMEIRO PLACIFICAR
863977539

LOCAL
ARACATU, SE

DATA DE EMISSAO
06/01/2014

SERIES
863977539
863977539

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1089283590	NOME AVERALDO DOS SANTOS
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / EF 723629 SSP SE
	CPF 336.807.955-72 DATA NASCIMENTO 17/05/1964
	FUNÇÃO MANOEL MILTON SANTOS MARIA GEDALVA DOS SANTOS
	PERMISSÃO ACC CATIMB S
APROVADO 05/07/2010 VIGENCIA 21/09/2020 FIM DE VALIDADE 10/11/2010	
PASSADIM PLASTIFICAR 1089283590	OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;
	Assinatura do Titular <i>Averaldo dos Santos</i>
	LOCAL ARACAJU, SE
	DATA DE EMISSÃO 25/05/2015
	Assinatura do Diretor <i>Volney Simão da Mata Neto</i> DIRETOR - PRESIDENTE 15035475057 00016756975
DETRAN - SE / SERGIPE	

27 FEB 2019

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

27 FEV 2019

COGNOMINHO DE OLIVEIRA ROSA

DOC. IDENTIFIC. DO HABILITADO
21233823 SEX M

CPF
828.082.675-00 DATA DO BOMBADEIO
24/11/1988

NACAO
JOSE LUIZ ROSA

LUIZ ROSA DE
OLIVEIRA ROSA

PERMITE O USO
DE VEICULO
CATEGORIA
2.0

VALIDADE
02/04/2019

VALIDADE
02/04/2019

VALIDADE
02/04/2019

SEM OBSERVACAO

DETRAN-SE (SERGIPE)

VALIDADE EM TODAS
AS TRANSACOES NACIONAIS
863977539

PRIMEIRO PLACARDIZADO
863977539

LOCAL
ARACATU, SE

DATA DE EMISSAO
06/01/2014

SERIES DO BOMBADEIO
863977539

SERIES DO BOMBADEIO
863977539

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CS 000010045112 *014111969913
8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2 VIA COD. RENAVAM PR-TRC EXERCÍCIO
4 1 00548016968 00000000000 2018
1
1 GLEDSON SOUZA SIQUEIRA
4 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6
8 025.532.315-80 PLACA DEK9024
2 PLACA ANT./UF PLACA
DEK9024/SE 9C2KC1670DR500414
ESPEC. TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ENHILMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013
CAP./POT./CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2F/12CV/149CC FARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1 *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 1 *XXXXXXXXXXXX
2 *XXXXXXXXXXXX
3 *XXXXXXXXXXXX
FABR. (PVA) PARCELAMENTO/COTAS
A *XXXXXXXXXXXX *XXXXXXXXXXXX
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS
OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
MOTOR: KC16E/DS004
NOSSA SENHORA DAS DORES-B 11/10/2018
LUCIANA C. DEDA CHAGAS DE MELO
DIRETORA DO DEFICIENTE

SE N° 014111969913 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2018 11/10
VIA 025.532.315-80 PLACA DEK9024
RENAVAM 00548016968 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. 2013 OR. 09 9C2KC1670DR500414
PRÊMIO TARIFÁRIO
FAB (R\$) 81,29 DENAT (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO 90,3
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO 185,5
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 15/06/20
* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PBT 116

27 FEB 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CS 000010045112 *014111969913
8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2
4 VIA COD. RENAVAM PR-TRC EXERCÍCIO
1 1 00548016968 00000000000 2018
1
1 GLEDSON SOUZA SIQUEIRA
4
7
6
6
8 025.532.315-80 PLACA DEK9024
2 PLACA ANT/UI PLACA
DEK9024/SE 9C2KC1670DR500414
ESPEC. TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ENHILMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013
CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2F/12CV/149CC FARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
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

SE Nº 014111969913 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2018 11/10
VIA CPF / CNPJ PLACA
025.532.315-80 DEK9024
RENAVAM MARCA / MODELO
00548016968 HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. OR. PRET. J. CHASSI
2013 09 9C2KC1670DR500414
PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO
81,29 9,03 90,3
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOP (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15 0,70 185,5
COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
15/06/2018
* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

PBT 116

27 FEB 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CS 000010045112 *014111969913
8 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
2 VIA COD. RENAVAM PR-TRC EXERCÍCIO
4 1 00548016968 00000000000 2018
1
1 GLEDSON SOUZA SIQUEIRA
4 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
7 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6 *XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6
8 025.532.315-80 PLACA DEK9024
2 PLACA ANT/UI CHASSI
DEK9024/SE 9C2KC1670DR500414
ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/ENHILMA ALCO/GASOL
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013
CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2F/12CV/149CC FARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 1 *XXXXXXXXXXXX
P *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 2 *XXXXXXXXXXXX
V *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX 3 *XXXXXXXXXXXX
A *XXXXXX *XXXXXXXXXXXX
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
MOTOR: KC16E/DS004
NOSSA SENHA: DURES-B 11/10/2018
LUCIANA C. DEDA CHAGAS DE MELO
DIRETORA DO DEFHENTE

SE Nº 014111969913 BILHETE DE SEGURO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO DATA EM
2018 11/10
VIA OPF / CNPJ PLACA
025.532.315-80 DEK9024
RENAVAM MARCA / MODELO
00548016968 HONDA/CG 150 FAN EST
ANO FAB. OR. PRET. CHASSI
2013 09 9C2KC1670DR500414
PRÊMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO
81,29 9,03 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
4,15 0,70 185,57
PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
15/06/2019
* P A G O *
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PBT 116

27 FEB 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190373956 **Cidade:** Nossa Senhora das Dores **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AVERALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - 11/01/2019).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

27 FEB 2019

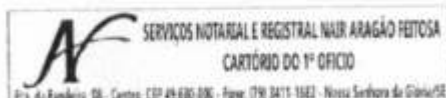
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof. Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propiá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
VERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória/SE, 29/01/2019

Naur Aragão Feitosa Santos - Substituto

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/GKFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

27 FEB 2019

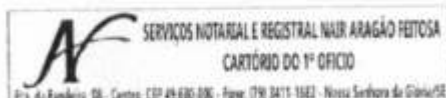
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propiá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
ADERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória - SE, 29/01/2019

Nair Aragão Feitosa Santos - Substituta

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/tjse/GKFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

27 FEB 2019

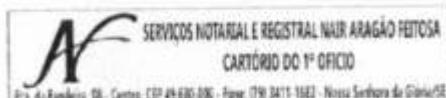
PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Averaldo dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 723.629, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 336.807.955-72, residente na (endereço
completo) Rua Prof. Moisés Abreu nº 104, na cidade de
Propriá, (UF) SE, CEP 49900000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21033829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua das Silas nº 217, na cidade de
Nossa Senhora da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Averaldo dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) N. Sra da Glória 29/01/2019

(assinatura) Averaldo dos Santos

(RG) 723.629



Reconheço por Autenticidade a(s) Firma(s) de
VERALDO DOS SANTOS. Dou fé

Nossa Senhora da Glória - SE, 29/01/2019

Naur Aragão Feitosa Santos - Substituto

Selo T.JSE: 201629558001329
Acesso: www.tjse.jus.br/tjse/GKFEBA



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0197618/19

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

CPF: 336.807.955-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AVERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

AVERALDO DOS SANTOS : 336.807.955-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123585/19

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

CPF: 336.807.955-72

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AVERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

AVERALDO DOS SANTOS : 336.807.955-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/04/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/04/2019
Nome: RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA
CPF: 011.995.625-05

RODRIGO SILVEIRA DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373956

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AVERALDO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190373956 Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01677/01678 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14450441

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190373956

Vítima: AVERALDO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AVERALDO DOS SANTOS

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: AVERALDO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000866

Conta: 000008330-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

336.807.955-72

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Boiadeiro

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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: ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Vossa Senhora da Glória, 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A 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.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190373956
Nome do(a) Examinado(a): Averaldo dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Alves Filho, 287
Centro Monte Alegre de Sergipe SE CEP: 49690-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 723 629
Data local do acidente: [22/12/2018]
Data local do exame: [19/06/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 01 PLACA E 05 PARAFUSOS E 01 FIO DE KIRSCHNER NA FRATURA DE CLAVÍCULA.

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 22/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO OMBRO E CLAVÍCULA, FACE SUPERIOR, ATROFIA DA MUSCULATURA DO DELTOIDE E BICEPS, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME EM 1/2 DA CLAVÍCULA (CONSOLIDAÇÃO VICIOSA), DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO IMPORTANTE DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).

ÂNGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 05° (0° A 45°)

ÂNGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 05° (0° A 40°)

ÂNGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (0° A 180°)

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

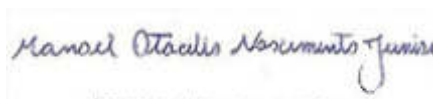
Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



POLÍCIA CIVIL ON-LINE

DELEGACIA PLANTONISTA DE PROPRIÁ
Jose Marcos de Carvalho - AGENTE POLICIA JUD/LEI 7.874/14 | 8/1/2019 | 11:03:05

Menu

Sair

Pesquisa

27 FEV 2019

Boletim de Ocorrência N. 2018/06571.0-001028 da
DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES
Boletim de Ocorrência

FATOS

Natureza: LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO
Data e Hora do Fato: 22/12/2018 - 11:30 até 22/12/2018 - 11:30
Endereço: RUA QUE LEVA AO MUNICÍPIO DE N Número: S/N Complemento:
Bairro: LAGOA GRANDE Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE CEP: 49600000
Tipo de local: VIA PUBLICA
Meio empregado: NENHUM
Valor: R\$ 0,00
Mais informações
sobre endereço:

VITIMA-NOTICIANTE

Veio ao plantão?

Nome: AVERALDO DOS SANTOS
Nome do pai: MANOEL MILTON SANTOS Nome da mãe: MARIA GEDALVA DOS SANTOS
Pessoa: Física CPF/CGC: 336.807.955-72 RG: 7236298 Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: BREJO GRANDE Data de nascimento: 17/05/1964 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra
Profissão: CARPINTEIRO Estado civil: Casado Grau de instrução: 1º Grau Incompleto
Endereço: RUA DO SOL Número: 100 Complemento: CENTRO
CEP: 49.690-000 Bairro: Centro Cidade: PROPRIA UF: SE
Proximidades:
Telefone: 79 99927-3188

HISTÓRICO

NARRA O NOTICIANTE QUE VINHA PELA ESTRADA DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA SENTIDO NOSSA SENHORA DAS DORES NO VEICULO HONDA/CG 150 FAN ESI, CHASSI 9C2KC1670DR500414; QUE UM VEÍCULO FEZ UMA ULTRAPASSAGEM FORÇADA VINDO PELA CONTRAMÃO, FATO ESSE QUE O FEZ DESVIAR NA PISTA À DIREITA; QUE A PISTA NÃO POSSUI ACOSTAMENTO, O QUE O FEZ PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAÍDO; QUE HOVE DANOS EM TODA A PARTE FRONTAL DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DE DORES, E POSTERIORMENTE, ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA; QUE NÃO SABE INDICAR O VEÍCULO QUE DEU CAUSA AO ACIDENTE.

APREENSÕES

Nenhuma apreensão registrada.

SUBTRAÇÕES

Nenhuma subtração registrada.

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Nenhuma.

Responsável pela comunicação: AVERALDO DOS SANTOS
Responsável pelo preenchimento: Wanderson dos Reis Santos
Data e hora da comunicação: 24/12/2018 às 09:13
Delegado(a):
Unidade Policial de Origem : DELEGACIA DE POLÍCIA DE N. SRA DAS DORES

[Voltar](#)

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

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

336.807.955-72

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Boiadeiro

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcardelario@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

nascer? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Vossa Senhoria da Glória, 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Aberaldo dos Santos

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.

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:

336.807.955-72

Nome completo da vítima:

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Passo Sembrado da Glória, 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A 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.

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:

336.807.955-72

Nome completo da vítima:

Aberaldo dos Santos

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

Nome completo:

Aberaldo dos Santos

CPF:

336.807.955-72

Profissão:

Desempregado

Endereço:

Rua João Nogueira Filho

Número:

287

Complemento:

Casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Monte Alegre

Estado:

SE

CEP:

49690-000

E-mail:

marcadelariva@gmail.com

Tel.(DDD):

79-99918-9007

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0866

CONTA:

8330

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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: ☐ 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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Assinatura da Glória 26.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A 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.

27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL....: FILHA TEL....: 7999927318
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que o presente documento é uma cópia fiel do original que me foi entregue por
 Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI

Pauliana Da Silva Dos Santos Melo
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Imóveis de Monte Alegre/SE
 Data: 25/01/2019 19:58
 Assessor: 00771
 Assessor: 849XRZ



27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC....: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP....: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL....: FILHA TEL....: 7999927318
 PROCEDENCIA....: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que a presente cópia é
 reprodução fiel do original que me foi
 entregue por: Alvaro de Souza
 Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI

Pauliana Da Silva Dos Santos Melo
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Imóveis de Monte Alegre
 25/12/2018 19:58
 Data: 25/12/2018 19:58
 Assinatura: 849XRZ



27/01/2019

Ato

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 606917
CNS:DATA: 22/12/2018 HORA: 16:26 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AVERALDO DOS SANTOS DOC...: 723629
 IDADE.....: 54 ANOS NASC: 17/05/1964 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: RUA DO SOL NUMERO: 100
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTR
 MUNICIPIO.....: PROPRIA UF: SE CEP...: 49900-000
 NOME PAI/MAE...: MANOEL MILTON SANTOS /MARIA GEDALVA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL...: FILHA TEL...: 7999927318
 PROCEDENCIA...: PROPRIA - SE
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Autenticado
 Certifico e dou fé que o presente documento é uma cópia fiel do original que me foi entregue pelo Sr. Avelino dos Santos Rodrigues Escrevente
 EM TESTEMUNHO DA VERDADE

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOI

Pauliana Da Silva Dos Santos Melo
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Selo Digital de Fiscalização
 Tribunal de Justiça do Sergipe
 Ofício de Registro de Documentos
 Data: 25/01/2019 19:58
 Assinatura: 00771
 Assessor: 849XRZ



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

33.3.0028479-6

Time partitioning

Sociedade anônima

Boite d'Empreintes!

Normal

NO. 4a. Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

Último Argumento:

00003131301 - 18/12/2017

NINE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

Boletín(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4



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:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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 S.A.**

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

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

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

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

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

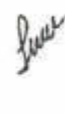
4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 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: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E17B8

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

Pag. 3/13



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 incurso 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 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

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

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

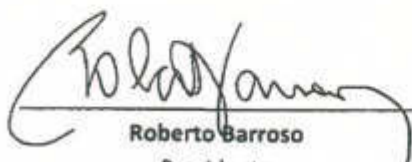
 

7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

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

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

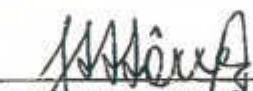
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDAB0E1FB6

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



12/10

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



4996507

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

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

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

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

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

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

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

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

Página 1 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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, $\frac{1}{4}$ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

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

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

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
Secretário Geral

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

12/4



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 Assembleia 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 Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

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

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

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

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

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

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

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

13/4

convocada.



4996510

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

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

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

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

13/4



4996511

- g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;
- h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;
- i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;
- k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;
- l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;
- m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;
- n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;
- o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;
- p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;
- q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;
- r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;
- s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;
- t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.
- u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e
- v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

15/11

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



4996512

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

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

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

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

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

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

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

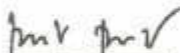
ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá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

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

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

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

Página 6 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

10/7

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



4996513

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

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

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

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996514

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

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

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

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

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

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

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

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

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

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

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

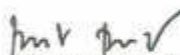
Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

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

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

Página 8 de 10


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

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



4996515

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

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

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

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

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

a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;

b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;

c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

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

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

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

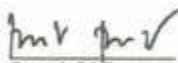
Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

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

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

Página 9 de 10


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

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

de março de 1967.

12/11



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.

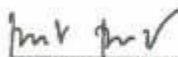
ARTIGO 30 - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10


Bernardo P. S. Berwanger
Secretário Geral

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

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 Firmino Oliveira Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9600	ADB2B690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e		
JOSE ISMAR ALVES TORRES (X00000524453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho	da verdade.	Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.		Total
ECLP-54891 HDE, ECLP-54892 GRS		
Consulte em https://www3.tirijus.br/sitepublico		CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ Paula Cristina A. D. Gaspar Escritório CNPJ 46062 série 08077 ME Aut. 2013 3ª Lei 8.936/94

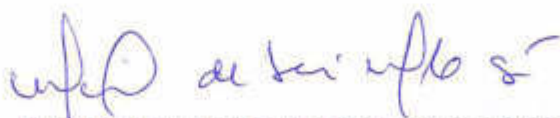
SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRABESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI 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.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato



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

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS

OAB/RJ 135.132

