

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2754061320200622171707

Processo 0815128-83.2020.8.23.0010 ☆ - (11 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1



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

PROCESSO: 08151288320208230010

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 **ARGELIO JOSE CARREIRA MUJICA**, 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 **03/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/02/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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;

Na inicial o autor informa a data de 03 de abril de 2019, já o boletim de ocorrência informa a data de 03 de novembro de 2019. Desta forma, é necessário esclarecimento quanto a divergência apontada.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA FALTA DE ASSINATURA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Isso se deve, tendo em vista que além da notícia ter sido registrada pela vítima menor de idade, desacompanhado e sem qualquer testemunha do fato, o referido documento não foi devidamente assinado pelo noticiante.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000370
Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica
(Envolvido / Comunicante)

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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.

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

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

www.joaobarbosaadvass.com.br

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3200147062	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA	Data do acidente: 03/11/2019	Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 17/04/2020				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela.				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _CIRURGIA				
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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

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

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **03/11/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027017-7

Autenticação:

D5473C535DE07C0529241DF12C26716E8B961BDBD4893AAD90BFE9D808109993

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.

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."

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁷art. 1º. (...)

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela 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 seqüelas 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-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ARGELIO JOSE CARREIRA MUJICA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08151288320208230010.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901170380 06/10/2019 04:51:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF⁰⁷ Prontuário

ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR 24/10/1999 19 A 11 M 13 D 05046723204

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade

M SOLTEIRO(A) PARDA BRASILEIRA

Mãe Pai Contato

SAMIA MARIA VERAS NI

Endereço Ocupação

RUA - CC-24 - 72 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Pronatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Sotor Tipo de Chogada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA RESGATE OZIREZ.PRADO

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

Acidente de moto

Anamnese do Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 12 34 RV: 12 34 5 MRV: 12 34 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

pele SIMV, estava no capacete. Acidente moto + moto, trazido

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Poli-trauma

SADT - Exames Complementares

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozires.prado
Data Hora: 06/10/2019 04:51:58

0.018
01/10/2019 - Brasília em 10/10/2019
01 - 01/10/2019 - 01/10/2019



1901170380

Ortopedia

17 Janeiro

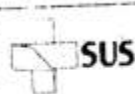
paciente vítima de acidente com moto, SIC,
desenvolvido apresentando edema em
artelhos D, dor local, com imobilização
com tala rígida, sem lesão contusa em MSD.
Além disso, trauma cardíaco com deforma
colúmbio e curso colúmbio, com sintomas
em BEB, suplenho, corado, hídrico,
desenvolvido, LOTE, pulso periferico poliartrite
sem deformidades, dor a movimentação.
Rx com fratura de ossos do
artelho D. fechado, obliquo, com
angulação medial.

D: Internação para procedimentos
cirúrgica + tala orilo-palmar. #

AO G para avaliação de lesão
contusa em curso colúmbio.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1934

Assinatura: Augusto Cavalcante	01 JAN 2011
Az. Brg. 120 / 120 Gomes S.	Dr. Augusto Cavalcante
Assinatura: Augusto Cavalcante	Dr. Augusto Cavalcante



Sistema Único de Saúde
Ministerio da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

175228

7 - SEXO

MASC ☒

FEM ☐

8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 6 0 9 9 2 2 2 + 9 2 0 4

9 - DATA DE NASCIMENTO

24/10/1999

10 - TELEFONE DE CONTATO

95 99 00 90 8 8 7

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sandra Maria Viana

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. CC 24 12 S. Maria Hilary Campa

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente submetido a osteotomia de rádio e ulna direita

15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acum

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

Rx + estudo funcional

17 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx rádio e ulna D

18 - CID 10 PRINCIPAL

19 - CID 10 SECUNDÁRIO

20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteotomia subcutânea D

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - CLÍNICA

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

D Anderson Paulo

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/11/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - CNPJ DA SEGURADORA

31 - Nº DO BILHETE

32 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNPJ DA EMPRESA

38 - CBOR

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - CID 10 ORDEMADOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

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

0408020423

5574

W499

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Paciente: **Antonio Adacir Murussi De Oliveira**

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Origem: HGR

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539601

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

RNI

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

RATIO

Resultado

12,30 seg

0,78

31,20 seg

1,15

Referência

10,0 - 14,0 seg

0,8 - 1,2

25,0 - 39,0 seg

0,75 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.


Mª José S. Gomes
Bioquímico
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cuzino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL E DO MUNDO"

Paciente: **Antonio Adacir Murussi De Oliveira**

Sexo: Masculino

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Origem: HGR

Recebimento:

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Resultado de Exame

Amostra: 2014539602

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.76 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

Creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22.40 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

Sergio A. L. Martins
Bioquímico - CRF/RR 006
006

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 2 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
Secretaria de Saúde



GOVERNO
DE RORAIMA



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL 1990"

Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira

Solicitação: 20145396

Número Interno:

Origem: HGR

Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Nasc: 16/08/1961

Idade: 58 ANO

Sexo: Masculino

Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964

Setor: BLOCO A

Leito: 119-1

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEUTRÓFILOS

LINFÓCITOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

BASÓFILOS

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCM

HCM

CHCM

RDW CV

RDW SD

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

PM

ADP

PCT

Resultado

6.21 x10³/uL

65.10 %

25.30 %

4.40 %

4.10 %

1.10 %

4.88 x10⁶/uL

15.70 g/dL

45.90 %

94.10 ug/L

32.30 pg

34.30 g/dL

11.60 %

45.80 fL

253.00 x10³/uL

9.70 fL

16.50

0.245 %

Referência

4.0 - 10.0 x10³/uL

50.0 - 70.0 %

20.0 - 40.0 %

3.0 - 12.0 %

0.5 - 5.0 %

0.0 - 1.0 %

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

13.5 - 18.0 g/dL

40.0 - 50.0 %

87.0 - 103.0 ug/L

27.0 - 34.0 pg

32.0 - 37.0 g/dL

11.0 - 16.0 %

35.0 - 56.0 fL

150.0 - 400.0 x10³/uL

6.5 - 12.0 fL

9.0 - 17.0

1.08 - 2.82 %

M. José S. Gomes
Bióquímico
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

21/11/2019 18:40

(*) Retificado
Página 3 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Dr. Carlos Alberto
de Oliveira

Data 22, 11, 19

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura aberta e ulna D. e fratura com art.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: redução e fixação da fratura D.
TÍPO DE INTERVENÇÃO: ORTÓPEDIA
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: *Et*
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Fratura*
CIRURGIÃO: *Dr. Carlos Alberto* 1º AUXILIAR: *Dr. Carlos*
2º AUXILIAR: *Gut* INSTRUMENTADORA: *Dr. Carlos*
3º AUXILIAR: ANESTESIA: *Dr. Carlos*
ANESTÉSISTAS: ANESTÉSICO: *Dr. Carlos*
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Realizar RTG pré e pós anest. e.
2) Preparar o anti-séptico e álcool 70% para a área.
3) Incisão lateral, tubular, em topografia de
ulna. 4) Divulção da pele para a fratura. 5) Visualização da
fratura com fratura completa e fratura
commin. 6) Colocação de placa de 8 furos com 2
e 1 furo para a fixação com 2 parafusos e 1 parafuso
7) Incisão de 1 cm para a fixação da placa de 8 furos
com 2 parafusos e 1 parafuso para a fixação da placa.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Antônio Adnan Moura de O. Junior, ROR

22.11.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



SÍMBOLOS

1 2 3 4 5
SÍMBOLO

AGÊNCIAS	DOSES	TECNICA
A Fontaine 100mg		Blockade de Ponto Injeção
B Midazolam 5mg		Suave sedação durante
C Ropivacaine 150mg		Curado por via sub
D Lidocaine 100mg		injeção espontânea
E		
F		
G		
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cânula Nasal (Com Cateter)
NDCO		Naso / Ombroquid - Coga
SANGUE		Rol - Tamp - Centro do Tubo
		Sol. Marmara
		Oscilante Tactica
		TEMPO DE ANESTESIA

ANOTAÇÕES

X Mon. Torax + Chale WST
1. Oito de 2 em 2m
2. Sedação: } - Fontaine
 } - Midazolam
3. bloqueio de Ponto Injeção
durante com Ropivacaine 0,75%
150mg + Lidocaine 0,75% 100mg
4. cateterização 2g IV
5. Cetorolol 100mg IV

TOTAL	1500mg
OPERAÇÃO	- artroscopia de ULM direita
ANESTESIA	Dra. Moura
CÓDIGO	Dr. J. J. J.

Larango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Buckey" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradi Taquicardia - Choque
--	---

PERDA SANGÜEA

Dr. Carlos Jr - R

6. Hidrocarbon 20mg IV
7. SPM

Bruno Thiago DE MINGO
MÉDICO
CRM-RR-1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Antonio Adacir Murumú D. Junior		119-1		00375228		22 11 19	
CIRURGIA				TEMPO DE DURAÇÃO			
TIPO				INICIO		FIM	
Osteossíntese de fratura de antebraço				08:50		11:00	
EQUIPE MÉDICA				TEMPO TOTAL			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA		RES. ANESTESIA:		INSTRUMENTADOR	
Dr. Selderson		Dr. Selderson		Res. Carlos			
1º AUXILIAR		CIRCULANTE		2º AUXILIAR			
Res. Pablo		Ivandi + Silvia		Res. Adinachi			
TIPO DE ANESTESIA: BFB				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR		
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50 ml			
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 2.0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
☐	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
	SERINGA 01ML			SURGICEL			
	SERINGA 03ML			GERA-PROSSO			
☐	SERINGA 05 ML			REL-CAPARATA Nº			
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA			
☒	Elétricos			OUTROS: Cateter O2			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS				
		Enka +	SUB- TOTAL				
		Bruno	TAXA DE SALA				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA				
			SOMA				
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

LISTA DE INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: ANTONIO ARAUJO MUNDISI DE O SR
Assistente: DR. V. DE L. S. N.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:
☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Operação: DR. YASUNARI

TESTE DE SENSIBILIDADE:
☒ Aplicado DR. YASUNARI
☒ Não se aplica
Resultado: DR. YASUNARI

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA:
☒ Sítio Cirúrgico

EXAME DE PULSO NO PACIENTE EM
PROCEDIMENTO:
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

ALERGIA CONHECIDA:
☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

ALERGIA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO:
☒ Não ☐ Sim, e aspiração assistida disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml:
☒ Não ☐ Sim, e volume adequado e planejamento
para fluidos

Assinatura: CPL Hora: 22:41:19

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: DR. YASUNARI

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☐ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

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

URGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

3- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

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

(4) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Assinatura e Carimbo

Nome: Antônio Adilson Muniz O. Junior Sator/Leito: 2

Nome: André Idade: 20 Setor/Leito: 113-2
Data de Nascimento: 24/10/93 Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (x) Não
Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (x) Não

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

119-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																								
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																								
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																								
PRESCRIÇÃO MÉDICA																								
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																					
PACIENTE	<i>Antônio José da Silva</i>																							
AGNÓSTICO	<i>JA</i>																							
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																				
IDADE	LEITO	1121	DATA	23/11/13																				
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE			SN																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			monte																				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			08																				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN																				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			06																				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			08																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			08																				
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			06																				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			08																				
12	<i>tiloril 20mg EV 12/12h</i>			08																				
13																								
14																								
15																								
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN																				
17	SSVV + CCGG 6/6 H			08																				
18	CURATIVO DIÁRIO			08																				
19																								
20																								
21																								
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																								
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>170/100</td> <td>72</td> <td>-</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>150/90</td> <td>77</td> <td>-</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140x80</td> <td>79</td> <td>-</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table>				6 H	PA	FC	FR	T	12 H	170/100	72	-	36	18 H	150/90	77	-	36	24 H	140x80	79	-	36	MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T																				
12 H	170/100	72	-	36																				
18 H	150/90	77	-	36																				
24 H	140x80	79	-	36																				

18h Paciente com queixas, acuta com
medicações prescritas, segue aos
cuidados da enfermagem.

Diene Schifano Ferreira Diniz
COREN-RR 876.689-TE

Plantas noturnas, admi-
nistração Medicamen-
tos, seguir regras
dos cuidados.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

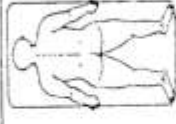
Antonio Junior

Leito:

119-1

Data:

23/11/19

Localização		Região: <u>coxa</u>		Região: _____
Etiologia	☒ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (✓)	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	
Cobertura primária	☐ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR				
AGNÓSTICO	FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO DIREITO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	119-1	DATA	24/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MAJOL
3	SF 0.9% 500ML EV (S/N)				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6 (S/N)				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				MT 2x100
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1x DIA				Q6
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				
10	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H				MT 2x100
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA
200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE.
EXAME FÍSICO: B.G., ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
6/11/19 A NOITE EM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRACO
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

25/11/19 PA=115/73
FC=68 T=36.4

Dr. Danilo Okemir
Médico
CRM-RR 1851

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	135/80	73	19
18 H	135/80	69	20
24 H	129/83	79	

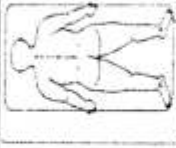
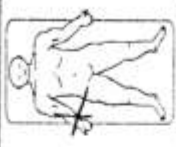
DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

O item do não realizado
por não ter no selo.

Maricelina Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –				
	HGR				
Paciente: Antônio Adaei		Data: 24/11/19			
Leito: 119.1					

Localização			Região: MGD		Região:
Etiologia	☐ LPP I ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☒ ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (X)	Grau: I () II ()	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros: <u>Hu. limpo</u>	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros:			
Pele Perifereira	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☒ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ANTONIO ADACIR					
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO D					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	119-1	DATA	25/11/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				14 22 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7 SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				22 10
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSV + CCGG 6/6 H				06
18	CURATIVO DIÁRIO				06
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTE DE COTOVELO E BRACO
 DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
 COTOVELO DIREITO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-RR 2028



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonio A. Silva 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/11/17 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 24/11/17 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Dr. Pedro de S. Fausto E DR. Dr. J. C. Silva

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 25/11/17 ÀS 10:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 25/11/17 ÀS 10:00 COM O
DR. Dr. J. C. Silva

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Pedro de S. Fausto

BOA VISTA, 25/11/17

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI				
AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	65	DATA	09/10/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				
5					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

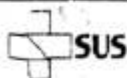
SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Utha 10/09/10



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente com moto, deslocado, com fratura de omó e antebraço D. (Diapal)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019
T068
5529 V299

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Antônio Adair M. de Oliveira - Genitor</i>					
AGNOSTIC <i>12 anos de diabetes D</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	<i>70</i>	LEITO	<i>65</i>	DATA	<i>6/10/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>1 x 1</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>1x 12h</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12h 12h 12h</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>1x 12h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>1x 12h</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>1x 12h</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>1x 12h</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>1x 12h</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>1x 12h</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>1x 12h</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>1x 12h</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>1x 12h</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>1x 12h</i>
15	<i>Insulina 20mg EV de 12/12h</i>				<i>1x 12h</i>
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

NIR
 Regulado
 para leito
 BLA 65
 Regulação Intern

SINAIS VITAIS			
6 H	<i>120x80</i>	FC	<i>85</i>
12 H	<i>132x75</i>	SA	<i>36°C</i>
16 H	<i>125x69</i>	SA	<i>36,5°C</i>
24 H	<i>120x70</i>	SA	<i>35,3°C</i>

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

9:00 PP: 139 x 49
 FC: 92

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto - RR (69.211-1-000)
 AUTENTICAÇÃO
 06/10/2019
 Shere
 Certifico e Deito que a presente
 é uma cópia verdadeira e original
 do original arquivado no HGR

65

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
------------------	--	-----	--	----	--

PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
-----------	----------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE		LEITO	65	DATA	07/10/2019
-------	--	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	atenção
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	> SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	> SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	OK
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 23 09
11		

12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO	DIÁRIO
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SÓLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	150x90	85	17	
18 H	131/94	68	18	
24 H	127/96	70	20	

12:00h. Afetado SSVV, Célia
 adm. Tenaxian 30g CPM anteriores.
 Instilado Tornerinha.

Carla G. M. Araújo
 FIC. 10.000.000.000
 10/10/2019

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Antônio Adaci de Oliveira

Leito: 65

Data: 02/10/2019

Localização		Região: <u>MM E</u> Grau: I () II (<u>X</u>)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<u>X</u>) Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Pele Perilesional	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco ☐ Outro: _____			
Tipo de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco			
Quantidade de Exsudato	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	☒ Gaze (<u>X</u>) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____			
Cobertura primária	☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____			
Troca	☒ 12/12 ☒ Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Fraiziane de Oliveira</u> Enfermeira em Enfermagem COREN-PR 533058 TEC <u>Miguel Reis Farias</u> Técnico de Enfermagem COREN-PR 00829 000156			
Observações:	<u>Estados limítrofes no região apical</u> <u>ferida parada</u>			

65

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
------------------	--	-----	--	----	--

PACIENTE	ANTONIO ALDACIR MURUSSI				
----------	-------------------------	--	--	--	--

AGNÓSTICO	FX ANTEBRAÇO D				
-----------	----------------	--	--	--	--

ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
----------	--	-----	------	-----	------

IDADE		LEITO	65	DATA	08/10/2019
-------	--	-------	----	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	26
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 22 06 NTF
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	noturno
18	CURATIVO DIÁRIO	~
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06:00 120x80 57 19 36,5

SINAIS VITAIS					Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H	150 x 80	70	18	36,5	
18 H	117 x 71	79	20	36,0	
24 H	120 x 80	75	20	36,0	

As 12:00h Paciente no leito, Afonso do sou, realizando cuidados de enfermagem: segue sem queixas

Rosilene Garcia P. Menden
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

paciente no leito, realizado SNE e medicação
Diurase 40mg

Frederico Gomes dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 121.170

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

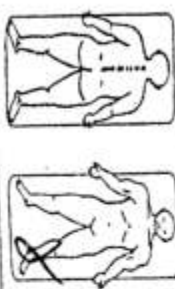
Atualizada: 12/2018

Paciente: *Antônio Olain*

Leito: *65*

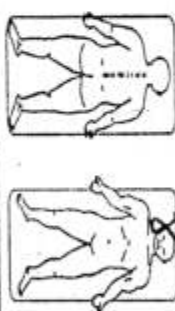
Data: *08/10/13*

Localização



Região: *MTL*

Grau: *I (X) II (X)*



Região: *colheira*

Grau: *I (X) II (X)*

Etiologia

Aparência do

Leito

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

Quantidade de

Exsudato

Solução de

Limpeza

Cobertura

primária

Troca

Profissional que

realizou

procedimento:

Observações:

Bea Sofia Carlos
Enfermagem
COEN-RR-367.172

Emiliana do N. Silva
Enfermagem
COEN-RR-367.172

Bea Sofia Carlos
Enfermagem
COEN-RR-367.172

Emiliana do N. Silva
Enfermagem
COEN-RR-367.172

66



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Andressa Aldemar 19 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 06/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE L. V. Antebraço (D)

NO DIA 1/11 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 07/10/19 ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/11 ÀS _____, COM O

DR. Victorino da Silva 06/11/19 15

ORIENTAÇÕES GERAIS:

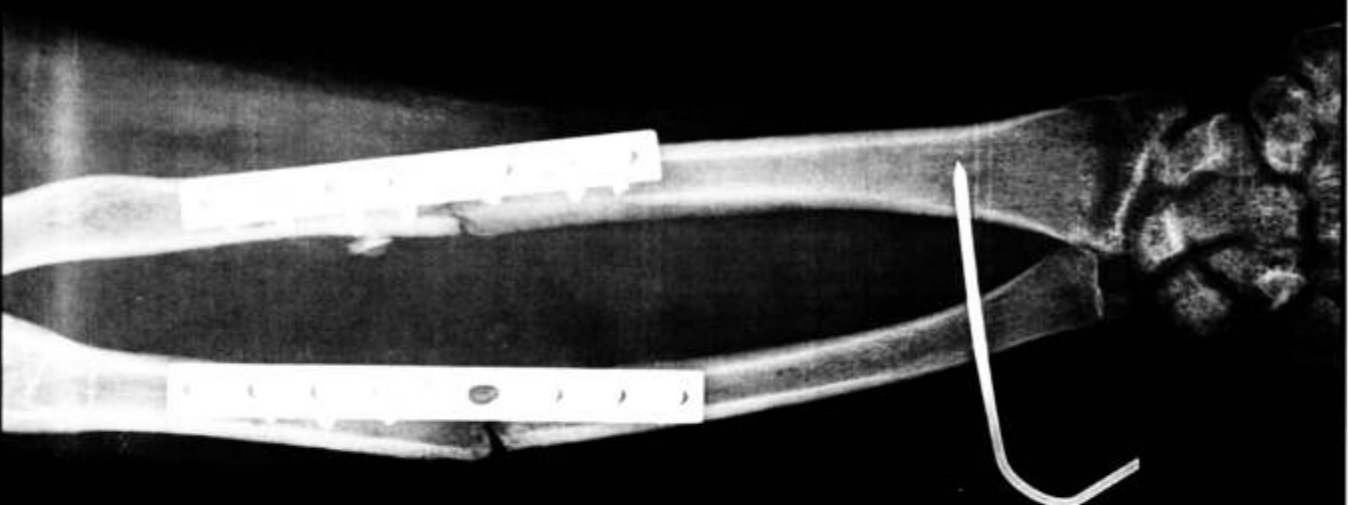
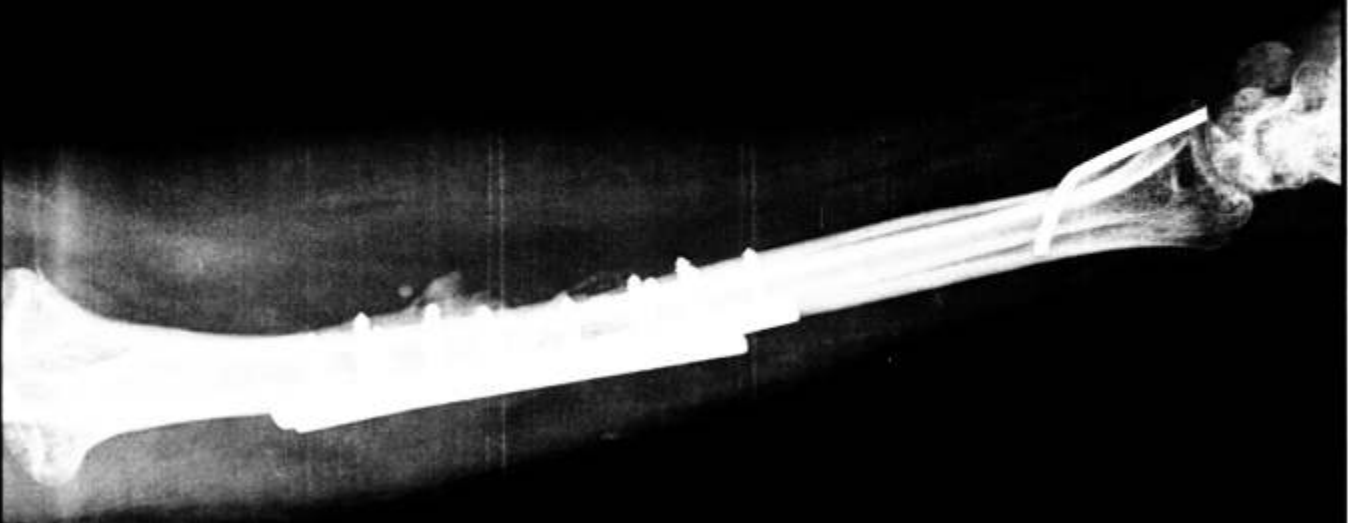
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. M. Amack

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2024

BOA VISTA, 07/10/19

MÉDICO



ANTONIO ODACIR M OLIVEIRA 14373
HOSPITAL CORONEL MOTA

18/12/2019

Wilson

65.5%

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

151.64395.73-1

NÚMERO

0474250

SERIE

A01

RR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

COLECAR DITOITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA

NASCIMENTO: 15/03/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PP-08115001840/2019-05/04/2019

RNE: BASE LEI 10.274 ART. 21, § 8º

MODALIDADE: 713.375.381-24

VALIDADE: 30/05/2019

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 28/09/2019

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

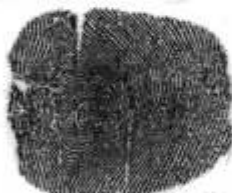
LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

CCC-ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Político-Administrativa da Polícia Civil
Diretor de ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS** documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

151.64395.73-1

NÚMERO

0474250

SÉRIE

A01

UF

RR

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA

NASCIMENTO: 13/10/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 08115001841201856 - 30/09/2018

RNE: BASE LEI N. 0474 ART. 21 § 1º

MODALIDADE: 713 375 301 24

CPF: 713 375 301 24

VALIDADE: 30/09/2018

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 20/09/2018

[Assinatura]

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

	
REPÚBLICA FEDERATIVA DE VENEZUELA	
SECRETARÍA DE REGISTRO NACIONAL Y TITULARIO	
	
SOBRENOME: CARRERA MUJICA	
NOME: ARGELIO JOSE	
DATA DE NASCIMENTO: 13/10/1985	SEXO: M
FILIAÇÃO: ELIONAY JOSE CARRERA SANTAMARIA ROSARIO JOSEFINA MUJICA ZORRILLA	
NACIONALIDADE: VENEZUELA	VALIDADE: 12/03/2021
RNM F079184-G	



Número
713.375.381-24

Nome
ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Nascimento
13/10/1985

CÓDIGO DE CONTROLE
532E.198E.D650.0CCB

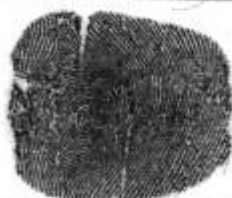


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:41:34 do dia 30/06/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federalizada do Estado de Roraima
Diretor de DDE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114534/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:	Data da solicitação: 09/03/20
Nome do beneficiário: Angelio José Carneiro Muiça	CPF do beneficiário: 713.375.381-24
Nome do solicitante: William Gonçalves Franco	CPF do solicitante: 825.336.343-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99113-3855 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
E-mail: WFRANCO992@gmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- ☒ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☐ Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

09/03/2020 - Boa Vista / RR

Local e Data

William Gonçalves Franco

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF 713.375.381-24

RG:

ENDERECO:

BAIRRO:

CEP 69.314-226

CIDADE:

DATA DO ACIDENTE: 03/11/16

☒ (X) INVALIDEZ

() MORTE

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG: 239717

ORGÃO EMISSOR:

DATA DE EMISSÃO: 13/10/16

Nº. DO CPF: 825.396.343-20

ENDEREÇO:

~~Case CC-11, 2 H - Laura Moreira~~

PODERES:

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

Proa Visto / RR, 06 de Dezembro de 20 19

CARTÓRIO DO
2º OFÍCIO

ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

DANIEL AQUINO
16350051 deen 68161446
Reconhecido por: VERADHIRA (asi firmas)
1 ANGELO JOSE CARREIRA MUIÇA

Cartão de
Daniel Aquino
Av. Alameda Teófilo,
Sulfrico
Posto

Em testemunho da verdade, SPO
De que deu fé. Aos Vinte e Nove de dezembro de 2019.
Consuma este protocolo abaixo em qualquer portafólio com o
RECFP1682987QA4RK2400TVW493 /

Emolumentos: R\$ 2,48 Fundos ISS: R\$ 0,55 SFLQ: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,53

Certidão do 3º Ofício de Busca
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataliba Torres, 4307 - Ass. Brancos - Rio de Janeiro
Fone: (021) 5627-47
Refinanciamos sua dívida

de Bus V...
o Registrad...
rância - B...
-47...
ad...
191.309

Opção
Linha Fina da Silveira
Estabelecimento Autorizado

 **Estabelecimento Autorizado**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME:

NACIONALIDADE:

PROFISSÃO:

CPF

BAIRRO:

CEP

Angelio Jose Carrera Mexica

Venezuelano

Pedreiro

713.375.381-24

Jardim Primavera

69.314-226

ESTADO CIVIL:

RG: F079184-6

ENDEREÇO: Rua Purimato, 512

CIDADE: Boa Vista

VITIMA:

CPF:

NATUREZA: () DAMS

(x) INVALIDEZ

() MORTE

Angelio Jose Carrera Mexica

713.375.381-24

DATA DO ACIDENTE: 03/11/19

OUTORGADA:

NOME:

NACIONALIDADE:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

Nº. DO RG:

DATA DE EMISSÃO:

Nº. DO CPF:

ENDEREÇO:

William Goncalves Franco

Brasileiro

Solteiro

Perito

239717

13/10/16

825.396.343-20

Rua A-11, 291 - Lavoura Mourina

ORGÃO EMISSOR: SESPIRR

PODERES:

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

Boa Vista/RR, 06 de Dezembro de 2019



ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/02/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114534/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA : 713.375.381-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147062

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200147062

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Data do Acidente: 03/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000027017-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA **Data do acidente:** 03/11/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/7/9/10/13 _CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Wagelio José Corrêa Mufico

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

5 - Nome completo: Wagelio José Corrêa Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Gerente Geral 8 - Endereço: Rua Curimatá 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Parque Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-226
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Diogo José Corrêa Mufico

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

5 - Nome completo: Diogo José Corrêa Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Engenheiro de Segurança 8 - Endereço: Rua Lima Duarte 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 67.314-236
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:10 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:30
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 094591-J Data: 03/11/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: União
Logradouro: AV.RUY BARAÚNA

Nº: 1966

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
53: INJÚRIA (ART. 140 CAPUT DO CPB)	Não Houve
559: VIAS DE FATO (ART. 21 DA LCP)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GUSMERLI CARDINA SILVA DE PABLOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO Nº: 247
Bairro: CAMBARÁ

Nome Civil: ARGELIO JOSÉ CARRERA MUJICA (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 13/10/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: SUCRE / CARRIGAL Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosario Josefina Mujica Zorrilla Nome do Pai: Elionay Jose Carrera Santamaria

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CURIMATÁ Nº: 502
Complemento: APTO 03
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99172-1159 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ALEJANDRO ARIZA MORENO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Idade: 33 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: CHARLES MADEIRA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: ALFERES PAULO SALDANHA
Bairro: SÃO FREANCISCO

Nº: 843

Nome Civil: DULVIS ILITZA MATO IDROGO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: RUBEN DÁRIO FERNANDEZ UTCHES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 34 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 160363348

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

Nome Civil: TAMIRES LEANDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 26 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: AMANCIO FERREIRA DE LUCENA
Bairro: ASA BRANCA

Nº: 919

Nome Civil: WENERSON FRANCO DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 38 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 191736

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: PJ

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Carlos Braga - Sgt Pm

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A guarnição da PM comunicou através ROP nº 094591-J, o seguinte fato: Informaram que em patrulhamento de rotina foram acionados pela CIOPS, para averiguar um acidente de trânsito seguido de agressão envolvendo os relacionados. A situação teve início quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e placa nº NAI7574 na Av. Rui Baraúna, quando Argelio Alejandro Ariza Utches, atravessou a rua ocasionando o acidente, segundo relato de populares. Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carreira Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Iltza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal contra sua companheira de trabalho Tamires Leandro da Silva, pediu para que a senhora Dulvis Iltza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Iltza Mato Depablos a empurrou e no mesmo momento Ruben Dario Fernandes Utches, desferiu um soco contra o rosto do Sr. Charles Madeira do Nascimento. Que segundo relatado pelos servidores do SAMU Charles Madeira do Nascimento e Tamires Leandro da Silva, os envolvidos Jose Alejandro Ariza Moreno e Gusmerli Cardina Silva Depablos, não tiveram envolvimento nas agressões embora tivessem acompanhados dos agressores. Em tempo informo que a motocicleta de Wenderson Franco dos Santos, foi entregue ao seu primo, senhor MATHEUS, RG: 3325911SSP/RR, depois de realizada a perícia pelo Perito da Polícia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA, SOLICITANDO ADITAMENTO DESTA REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUI BARAÚNA QUANDO A MOTOCICLETA PLACA NAI7574 O BATEU, CAUSANDO LESÃO E FRATURAS NA PERNA; QUE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL RORAIMA-HGR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO. INFORMO AINDA QUE FORAM INSERIDOS OS DADOS PESSOAIS DE ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA PARA COMPLEMENTAÇÃO DO REGISTRO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Miguel Di Mambro
Impressão por: Jefferson Maciel Araújo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:10 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:30
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 094591-J Data: 03/11/2019
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 03/11/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: União
Logradouro: AV.RUY BARAÚNA

Nº: 1966

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
53: INJÚRIA (ART. 140 CAPUT DO CPB)	Não Houve
559: VIAS DE FATO (ART. 21 DA LCP)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GUSMERLI CARDINA SILVA DEPABLOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO Nº: 247
Bairro: CAMBARÁ

Nome Civil: ARGELIO JOSÉ CARRERA MUJICA (ENVOLVIDO , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Nasc: 13/10/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: SUCRE / CARRIGAL Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosario Josefina Mujica Zorrilla Nome do Pai: Elionay Jose Carrera Santamaria

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: CURIMATÁ Nº: 502
Complemento: APTO 03
Bairro: JARDIM PRIMAVERA
Telefone: (95) 99172-1159 (Celular)

Nome Civil: JOSÉ ALEJANDRO ARIZA MORENO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Masculino Idade: 33 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: CHARLES MADEIRA DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: ALFERES PAULO SALDANHA
Bairro: SÃO FREANCISCO

Nº: 843

Nome Civil: DULVIS ILITZA MATO IDROGO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Venezuelana Sexo: Feminino Idade: 35 anos
Estado Civil: União Estável

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 825

Nome Civil: RUBEN DÁRIO FERNANDEZ UTCHES (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 34 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 160363348

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: GIDEÃO
Bairro: CAMBARÁ

Nº: 247

Nome Civil: TAMIRES LEANDRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 26 anos
Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 381518-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: AMANCIO FERREIRA DE LUCENA
Bairro: ASA BRANCA

Nº: 919

Nome Civil: WENERSON FRANCO DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 38 anos
Estado Civil: Solteiro(a)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038645/2019-A01

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 191736

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: PJ

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Carlos Braga - Sgt Pm

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A guarnição da PM comunicou através ROP nº 094591-J, o seguinte fato: Informaram que em patrulhamento de rotina foram acionados pela CIOPS, para averiguar um acidente de trânsito seguido de agressão envolvendo os relacionados. A situação teve início quando Wenderson Franco dos Santos, conduzia uma motocicleta de cor verde da marca HONDA e placa nº NAI7574 na Av. Rui Baraúna, quando Argelio Alejandro Ariza Utches, atravessou a rua ocasionando o acidente, segundo relato de populares. Duas ambulâncias do SAMU foram enviadas para o local e no momento de atender Argelio Jose Carreira Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Ilitza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal contra sua companheira de trabalho Tamires Leandro da Silva, pediu para que a senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos, se afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Ilitza Mato Depablos a empurrou e no mesmo momento Ruben Dario Fernandes Utches, desferiu um soco contra o rosto do Sr. Charles Madeira do Nascimento. Que segundo relatado pelos servidores do SAMU Charles Madeira do Nascimento e Tamires Leandro da Silva, os envolvidos Jose Alejandro Ariza Moreno e Gusmerli Cardina Silva Depablos, não tiveram envolvimento nas agressões embora tivessem acompanhados dos agressores. Em tempo informo que a motocicleta de Wenderson Franco dos Santos, foi entregue ao seu primo, senhor MATHEUS, RG: 3325911SSP/RR, depois de realizada a perícia pelo Perito da Polícia Civil, Nelson Souza. É o relato. QUE NA DATA DE HOJE, 07/02/20, COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO O SR. ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA, SOLICITANDO ADITAMENTO DESTA REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUI BARAÚNA QUANDO A MOTOCICLETA PLACA NAI7574 O BATEU, CAUSANDO LESÃO E FRATURAS NA PERNA; QUE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL GERAL RORAIMA-HGR; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA; QUE ESTE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO. INFORMO AINDA QUE FORAM INSERIDOS OS DADOS PESSOAIS DE ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA PARA COMPLEMENTAÇÃO DO REGISTRO.

ASSINATURAS

Rosana Jucara Vilaca Moreira

Agente de Polícia
Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil: Miguel Di Mambro
Impressão por: Jefferson Maciel Araújo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

413.395.381-24

4 - Nome completo da vítima:

Diego da Costa Pereira Múgica

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2022

5 - Nome completo:

Diego da Costa Pereira Múgica

7 - Profissão:

Desenvolvimento de Software

11 - Bairro:

Parque Residencial

15 - E-mail:

diego@lider.com.br

6 - CPF:

413.395.381-24

8 - Número:

10 - Complemento:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Id. (DOB):

45/09/13 - 5855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☐ CONTA POUPOANÇA (sem ou sem o fundo de reserva, conforme o caso)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

☒ CONTA CORRENTE (poupança bancária)

Nome do BANCO:

ITAU

AGÊNCIA:

0153

CONTA:

27017

(Informe o dígito verificador)

(Informe o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora LIDER a criar na conta bancária informada, em minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tive direito, não incluindo a dívida, desde que o valor não seja superior ao valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;

Solicito e asseguro, dentro do prazo de 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na conclusão médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, que a submissão à análise médica presencial, caso necessária, às custas do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões nem que venha decorrer do acidente de trânsito causado por veículo de terceiros, não significa aceitação ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima:

24 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou residência própria?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tiver irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome completo do titular da conta bancária informada:

35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogar):

36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogar):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Total e Paro

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 713.375.381-24 3 - CPF da vítima: 713.375.381-24 4 - Nome completo da vítima: Diogo José Corrêa Mufico

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

5 - Nome completo: Diogo José Corrêa Mufico 6 - CPF: 713.375.381-24
7 - Profissão: Engenheiro de Segurança 8 - Endereço: Rua Lima Duarte 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 67.314-236
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 95 99113-5855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: ITAÚ
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 27017 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val(r)ascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000027017-7

Autenticação:

D5473C535DE07C0529241DF12C26716E8B961BDBD4893AAD90BFE9D808109993



CNPJ: 06.928.857/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.033.400-9
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 63.305-618

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

Endereço para entrega:
RUA CURIMATA, NUM. 512 - JARDIM PRIMAVES
A BOA VISTA RR 69314-226

Inscrição 001.023.042.0172.001	Rota 5	Seq.Rota 966	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro A14U035485	Data de Instalação 17/12/2015	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 314	326	12	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 09/10/2019	09/11/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201910 15-0
201909 4-0
201908 1-6
201907 0-30
201906 0-30
201905 9-0
MEDIA 4

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBID.22	ODR	C.TOTALIS	CLORL
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	12 M3	30,86
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019		4,77

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR 35,63

AVISO: EM 31/10/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 09/11/2019 06:23:28

Via do Cliente



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sêneca, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123
A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00077902149349

P. Nº 18 295 LAURA MOREIRA

TEP: 63.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11600	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10700	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TDB1715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820		Modalidade: CONVENCIONAL

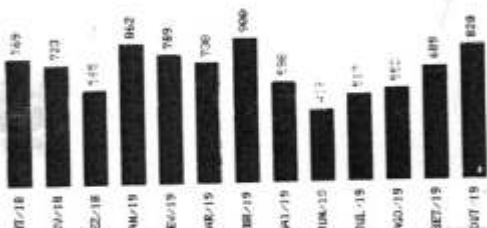
DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 = 626,97
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	0,07
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,06
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,00
JUROS DE MORA POR IMPO 07/19-00	0,00
ILUMINACAO PUBLICA	25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 820 - 0.634620

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 539,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
			Base de Cálculo	ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	Encargos:		ICMS:	17,00%	106,50
Contribuição:	Tributos:	17,74	PIS:	0,000000%	0,00
Transmissão:		106,50	COFINS:	0,000000%	0,00
		0,00			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	QIC	FIC	QMC	DICM
	Trimestral	Trimestral	Mensal	Mensal
Límite				
Realizado	8,65	17,70	35,40	8,46
Conjunta	R\$ 10	Período de observação:	EDS 2,10	



CNPJ: 06.020.857/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.033.400-9
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 63.305-618

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 841617

Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

Endereço para entrega:
RUA CURIMATA, NUM. 512 - JARDIM PRIMAVER
A BOA VISTA RR 69314-226

Inscrição 001.023.042.0172.001	Rota 5	Seq.Rota 966	Quantidade de Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro A14U035485	Data de Instalação 17/12/2015	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 314	326	12	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 09/10/2019	09/11/2019		

ULTIMOS CONSUMOS

201910 15-0
201909 4-0
201908 1-6
201907 0-30
201906 0-30
201905 9-0
MEDIA 4

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 8448 / 2005 G.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDED	COR	C.TOTALIS	L.COL.
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	12 M3	30,86
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019		4,77

VENCIMENTO: 15/12/2019

TOTAL A PAGAR 35,63

AVISO: EM 31/10/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

IMPRESSO EM: 09/11/2019 06:23:28

Via do Cliente



Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0070442-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Sênio Garças, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pelo SEFAZ/RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003894123
A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	06/11/2019	820	673,77

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

CPF: 00077902149349

P. Nº 18 295 LAURA MOREIRA

TEP: 63.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 11600	Atual: 23/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 10780	Anterior: 20/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 23/11/2019	Ligação: B1
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 22/10/2019	Número Medidor: TDB1715009
Consumo medido: 820	Apresentação: 23/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 820	R. 7.981,29, 07.10.0000	Modalidade: CONVENCIONAL

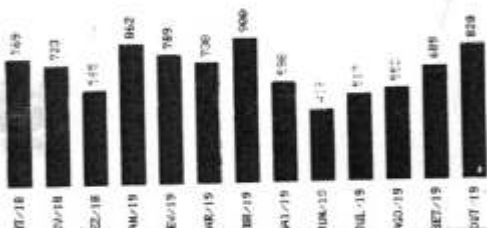
DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 = 626,97
CORREÇÃO MONETARIA DA 07/19-00	0,07
CORREÇÃO MONETARIA IG 07/19-00	0,07
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,06
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00	0,00
MULTA POR ATRASO DE 07/19-00	0,00
JUROS DE MORA POR IMPO 07/19-00	0,00
ILUMINACAO PUBLICA	25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 820 - 0,634620

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 09/2019 Valor R\$ 570,79 Unidade Consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/11/2019 em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 539,48 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar este aviso.

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Contribuição:	341,58	Tributos:	17,74
Transmissão:	161,87	ICMS:	17,00% 106,50
	0,00	PIS:	0,000000% 0,00
		COFINS:	0,000000% 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	QIC	FIC	QMC	DICM
	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral
Límite	8,65	17,70	35,40	8,46
Realizado	8,65	17,70	35,40	8,46
Conjunta	R\$ 0,00	Período de observação:	EDS 2,10	

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

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/BIBLIOTECABEB/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 COAF².

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Angelio Jose Borrero Mejico inscrito (a) no CPF sob o Nº 413.375.381 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Angelio Jose Borrero Mejico

inscrito (a) no CPF sob o Nº 413.375.381 / 24, 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: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: _____	CEP: <u>69031-050</u>	Tel.(DDD): <u>9599113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Agelio Jose Pereira Mujica inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.375.381 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Agelio Jose Pereira Mujica

inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.375.381 / 24, 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: CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento:
Bairro: <u>Laurel Moura</u>	Cidade: <u>Boca Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail:	CEP: <u>69031-050</u>	Tel. (DDD): <u>95 99113-3855</u>

Local e Data: Boca Vista RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante