

2728807- C3/ 2020-02297/ INVALIDEZ



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 SÍNTSE 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 descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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 pare 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 pare 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**

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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				
 Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT				
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 URNA 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.

improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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).

ITAU - 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

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 HOUVE 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.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 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 demais 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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, 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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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



TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfínctenano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 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.

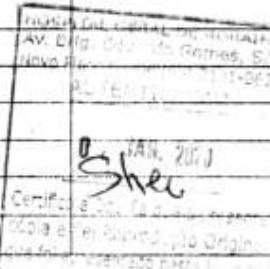


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA 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 do Roraima - PAAR / PSF2 Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação	
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.		
"Nove out"						
1901170380 06/10/2019 04:51:18		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-	10	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
ANTONIO ADACIR MURUSSI DE OLIVEIRA JUNIOR		24/10/1999	19 A 11 M 13 D		05046723204	
Sexo	M	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
		SOLTEIRO(APARDA)		BRASILEIRA		
Mãe		Pai		Contato		
SAMIA MARIA VERAS		NI		Ocupação		
Endereço RUA • CC-24 - 72 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				Pressão	
Sector	Tipo do Choque	Procedimento Sol.		Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	RESGATE			OZIRES.PRAZO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Acidente de moto</i>					
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	<i>Acidente moto + moto, trac. br pelo SAMU, estava só capacete.</i>					
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica	<i>Politrauma</i>					
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PREScrição <i>3) Lipímera 2g (EV) 27/10/19 2) tiofobil 20mg (EV) 27/10/19</i>			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
			 <i>01/10/2019</i> <i>Shen</i>			
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <i>ortopedia</i>					
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / /					
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: () Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / /				
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: ozires.prazo Data Hora: 06/10/2019 04:51:58						
 1901170380						

Orthopedics

W. Johnson

podendo ser dividido em: mto, SIC,
descolado e removido e demais em
ontologo I, ou local, com imobilização
em todo rigido, sem deixar coluna em MSI.
Além disso, para curar o com desvio
colhendo o caixo colhendo, com sombra
em B6, supino, corado, hidratado,
descolado, 10% pulmão seco no gesso
sem desfraturado, ou a imobilização
pela com fixação de ossos no
ontologo I. Afundo, obliqua, com
angulos medid.

D: Informações novas proporcionadas
anteriormente + fato exibido yesterday. *

Do G. provavelmente levou
este contorno em causa considerado.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Presidente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1934

AB. LIG. C. 100-200 G. 1000 S.
EKO PLASTICS
AUFP

ACE 25.11.19

BLUCU A

SUS 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE *Antônio Souza M. Oliveira*

6 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 175228

7 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *7010 6019442212 + 9 264*

8 - DATA DE NASCIMENTO *24/10/1999*

9 - GÊNERO Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL *Sanna Neiva Oliveira*

11 - TELEFONE DE CONTATO *93 996696887*

12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) *R. CC 24 42 Saneado*

13 - CID 10 PRINCIPAL *001*

14 - CID 10 SECUNDÁRIO *002*

15 - CID 10 ASSOCIADO *003*

16 - CEP *66050-000*

17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS *paciente sem sintomas e o resultado de radio e ulmeo*

18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO *As doenças*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Rx + exame gaster*

21 - CID 10 PRINCIPAL *001*

22 - CID 10 SECUNDÁRIO *002*

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS *003*

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Exames*

25 - CID 10 DO PROCEDIMENTO *001*

26 - CLÍNICA *Clínica*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO *001*

28 - DOCUMENTO *CNS*

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *001*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Plácido Polido*

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO *21/11/2019*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Plácido Polido*

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURO-PA *00000000000000000000*

37 - N° DO BILHETE *00000000000000000000*

38 - SÉRIE *00000000000000000000*

39 - CNPJ EMPRESA *00000000000000000000*

40 - CNPJ DA EMPRESA *00000000000000000000*

41 - CBOR *00000000000000000000*

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA *001*

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADORA

45 - VACUNA *001*

46 - TALONARIO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - INAD SECURADO

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *Plácido Polido*

51 - N° DO CRÉDITO AUTORIZADOR *0408000423*

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *5514*

53 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *00000000000000000000*

54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *Plácido Polido*

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *21/11/2019*

56 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *W499*



ESTADO DE RORAIMA
AMAZÔNIA FEDERATIVA DO BRASIL EIRE-LI

Paciente: **Antonio Adacir Murussi De Oliveira**
Solicitação: 20145396 Número Interno:
Origem: HGR
Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1961 Idade: 58 ANO
Solicitante: AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
Setor: BLOCO A Leito: 119-1
Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2014539601

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA
Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,30 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,78	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31,20 seg	25,0 - 39,0 seg
RATIO	1,15	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 Jósé S. Gomes
Bioquímico
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: 1 de 3



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail:hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 330B -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA


ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL PARÁS"
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: 2014539602

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO
Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino
CREATININA

Resultado	Referência
0.76 mg/dL	0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

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

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO
Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)
URÉIA

Resultado	Referência
22.40 mg/dL	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

(*) Reificado
Página: 2 de 3



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

NUCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU





Paciente: Antonio Adacir Murussi De Oliveira
Solicitação: 20145396 Número Interno:
Origem: HGR Data de Emissão: 21/11/2019 17:42

Sexo: Masculino Nasc: 16/08/1961 Idade: 58 ANO
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

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$6.21 \times 10^3/\mu\text{L}$	4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
NEUTRÓFILOS	65.10 %	50.0 - 70.0 %
INFÓCITOS	25.30 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.40 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	4.10 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1.10 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	$4.88 \times 10^6/\mu\text{L}$	4.32 - 5.52 $\times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	15.70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	45.90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	94.10 $\mu\text{g/L}$	87.0 - 103.0 $\mu\text{g/L}$
HCM	32.30 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.30 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	45.80 fL	35.0 - 58.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$253.00 \times 10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$
PM	9.70 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.50	9.0 - 17.0
PCT	0.245 %	1.08 - 2.82 %

M. José S. Gomes
Bioquímico
CRF-RR 409

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cozino 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
06995-2121 0640-
E-mail:hgrisb@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU





BOLETIM OPERATÓRIO

Mr. Lewis Miller
Mr. Chittenden

Date: 22/11/19 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fibrose aderente
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: desnaturar e reduzir ader.
TIPO DE INTERVENÇÃO: th. abrigos
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ta
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: ad

CIRURGIÃO: Walter 1º auxiliar: Fábio
2º auxiliar: Gabito INSTRUMENTADORA: Cecília
3º auxiliar: ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Red on white pub. from under
② Brown & white mottled with brown
③ In a lateral tube in top of a
when ④ Diffuse red from ⑤ Whitish
yellow in fruit longish & pale
over ⑥ Colored in place of flower and all
a pink core & maturing from pink to yellow
⑦ In a & Thompson in age of top part
in H of about 1000 ft. ⑧ Flower pink
vibrant



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

22.11.19

Antonio Adson Muniz de Oliveira

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO



AGENCIAS	DOSES	TECNICA	ANOTACOES
A Fentanyl 100mcg		Bloqueio de Reta Bruxal	* Monitorização + checar LST
B Midazolam 5mg		Sin. Anestesia lento	1. Creat. de 20 em 20s
C Propofol 150mg		Corrida bruxa 5s	2. sedação: { - FORTANIL
D Lidocaina 100mg		Ventilador 1500ml/min	- MIDAZOLAM
E			
F			
G			
GLICOSE	LIQUIDOS	Carvalho - Naso / Oim Faringeia Naso / Oim traqueia - Cega Ran - Tento - Cava de Tudo Sob - Mammaria	3. bloquio de Reta Bruxal durante com Respiração x 0,75 150g + lidocaina 0,5% 100g 4. ventilação 2g x V
NDCC		Diffusamente Tens - CA	5. cetonúria 100mg x V
SANGUE		TEMA DE ANESTESIA	
SF 2.9% 1000 ml			
TOTAL	1500ml		
OPERAÇÃO			
- Osteosíntese de ULM diante			
ANESTESIA	CÓDIGO	CRURGIO	PERDA SANGUÍNEA
Dra. Inara		Dr. Indiarsi	

BRUNO TITO
DIRETOR
MEDICO
CRM-RR 1025

1. inicio do exame
2. hidrocarbon 700ml x V
3. SNPT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>Antônio Adacir Murum D. Júnior</i>	119-1	00375228	22/11/19
CIRURGIA			

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
<i>Osteossíntese de Fratura de antebraço</i>	08:50	11:00	

CIRURGIÃO	<i>Dr. Ederson</i>	ANESTESISTA	<i>Dr. Lasmir</i>
1º AUXILIAR	<i>Res. Pablo</i>	RES. ANESTESIA:	<i>Res. Carlos</i>
2º AUXILIAR	<i>Res. Adinach</i>	INSTRUMENTADOR	

T.º DE ANESTESIA: B PB	CIRCULANTE	<i>Swandi + Silvânia</i>
TEMPO DE DURAÇÃO:		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1 <input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 2-0	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURI N° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUCÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 03ML			GERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 05 ML			KIT CATALYST N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOPOAM <i>Alveol</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA <i>Pordim no Topico</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Clitíodos			OUTROS: <i>cateter O2</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Enuka + Bruno</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - CRIFICAÇÃO DE SEGURANÇA

ANTES DA INCISÃO

Nome: Adriano Moussoi de O. So
Assinatura: Adriano Moussoi de O. So

Local: UFSC - ODEMI
Data: 25/06/2020
X Identidade:
X Cédula Cível: 0
X Procedendo
Assinatura: Adriano Moussoi de O. So

CONFIRMAÇÃO DE SEGURANÇA

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAR AMVERBALMENTE:
Identificação do paciente

Identificação
Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIAO:
Quais são as etapas críticas ou suspeitas, interação 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 qualquer preocupação.

ANESTESIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
() Não se aplica

Uso de URTA SANGUÍNEA > 500 ml:
X Sim
X Não, mas o paciente adequadamente
tratado

Assinatura: Cpk
Data: 22/06/19
Assinatura: Mora
Data:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim
() Não se aplica

Assinatura: Carambó



SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Data: 22/11/19

Nome: Antônio Adacir Muniz O. Júnior
Data de Nasc: 24/10/95 Idade: 25 Anos

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

SRPA .

INTRA-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Termino da Cirurgia	Termino da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Localização	Horário	T	FC	PA	SPO2	ADRE-TE	DOR 0/10
Cirurgia Proposta: Fáscia/União óssea		7:20	8:35	8:50	11:30	DR B	Local	0'	01/11/19	12:38	38	95	95	0	
1. Informações: Antecedentes: Jejun () Sim () Não Protease () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Laterabilidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: Reserva de Hemoderivado: Outros:		Cirurgia Realizada: Hidratação Infundida SF 0,9%: 11 SG 5%: Outros:	Anestesia: DOD Nome: CH. Dose: Hora: Nº de Compressas efetuadas: 12 Nº de Compressas recolhidas: 12	Posicionamento: D. D Nome: CH. Plasma: plaquetas: Anatomia Patológico: Nº de Peças: Nº de Outros:	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:	15'	30' 45' 1h 01:30h 2h	Observações:							
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Consciente () Sem Sopro de O2: () TOT () Agitado		Exames na SO: TOT: 144 () Gasometria () Outros:	() Hemogramma: 1 EX () Outros:												
3. Sinais Vitais: T: 36°C R: 111 mm/min FC: 138 bpm PA: 122 mmHg SAT: 92% () Regular () Irregular															

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Paciente: Antônio Muniz O. Júnior
Lado: Direito
Fase: Fase 1
Sintomas: Náuseas e dores de cabeça
Destino: HOSP/UTI () UTI () outros:5. Sinais Vitais: Saída da SO
T: 36°C R: 111 mm/min
PA: 136 mmHg SAT: 92%
() Regular () Irregular6. Sinais Vitais: Saída da SO
T: 36°C R: 111 mm/min
PA: 136 mmHg SAT: 92%
() Regular () Irregular7. Sinais Vitais: Saída da SO
T: 36°C R: 111 mm/min
PA: 136 mmHg SAT: 92%
() Regular () Irregular

8. Dreno

9. SNG/SNE

10. Garrote

11. TOT () Não () Sim N° _____

12. SVD () Não () Sim N° _____

13. Outros:

14. Observações:

15. Destino:

16. Observações:

17. Observações:

18. Observações:

19. Observações:

20. Observações:

21. Observações:

22. Observações:

23. Observações:

24. Observações:

25. Observações:

26. Observações:

27. Observações:

28. Observações:

29. Observações:

30. Observações:

31. Observações:

32. Observações:

33. Observações:

34. Observações:

35. Observações:

36. Observações:

37. Observações:

38. Observações:

39. Observações:

40. Observações:

41. Observações:

42. Observações:

43. Observações:

44. Observações:

45. Observações:

46. Observações:

47. Observações:

48. Observações:

49. Observações:

50. Observações:

51. Observações:

52. Observações:

53. Observações:

54. Observações:

55. Observações:

56. Observações:

57. Observações:

58. Observações:

59. Observações:

60. Observações:

61. Observações:

62. Observações:

63. Observações:

64. Observações:

65. Observações:

66. Observações:

67. Observações:

68. Observações:

69. Observações:

70. Observações:

71. Observações:

72. Observações:

73. Observações:

74. Observações:

75. Observações:

76. Observações:

77. Observações:

78. Observações:

79. Observações:

80. Observações:

81. Observações:

82. Observações:

83. Observações:

84. Observações:

85. Observações:

86. Observações:

87. Observações:

88. Observações:

89. Observações:

90. Observações:

91. Observações:

92. Observações:

93. Observações:

94. Observações:

95. Observações:

96. Observações:

97. Observações:

98. Observações:

99. Observações:

100. Observações:

101. Observações:

102. Observações:

103. Observações:

104. Observações:

105. Observações:

106. Observações:

107. Observações:

108. Observações:

109. Observações:

110. Observações:

111. Observações:

112. Observações:

113. Observações:

114. Observações:

115. Observações:

116. Observações:

117. Observações:

118. Observações:

119. Observações:

120. Observações:

121. Observações:

122. Observações:

123. Observações:

124. Observações:

125. Observações:

126. Observações:

127. Observações:

128. Observações:

129. Observações:

130. Observações:

131. Observações:

132. Observações:

133. Observações:

134. Observações:

135. Observações:

136. Observações:

137. Observações:

138. Observações:

139. Observações:

140. Observações:

141. Observações:

142. Observações:

143. Observações:

144. Observações:

145. Observações:

146. Observações:

147. Observações:

148. Observações:

149. Observações:

150. Observações:

151. Observações:

152. Observações:

153. Observações:

154. Observações:

155. Observações:

156. Observações:

157. Observações:

158. Observações:

159. Observações:

160. Observações:

161. Observações:

162. Observações:

163. Observações:

164. Observações:

165. Observações:

166. Observações:

167. Observações:

168. Observações:

169. Observações:

170. Observações:

171. Observações:

172. Observações:

173. Observações:

174. Observações:

175. Observações:

176. Observações:

177. Observações:

178. Observações:

179. Observações:

180. Observações:

181. Observações:

182. Observações:

183. Observações:

184. Observações:

185. Observações:

186. Observações:

187. Observações:

188. Observações:

189. Observações:

190. Observações:

191. Observações:

192. Observações:

193. Observações:

194. Observações:

195. Observações:

196. Observações:

197. Observações:

198. Observações:

199. Observações:

200. Observações:

201. Observações:

202. Observações:

203. Observações:

204. Observações:

205. Observações:

206. Observações:

207. Observações:

208. Observações:

209. Observações:

210. Observações:

211. Observações:

212. Observações:

213. Observações:

214. Observações:

215. Observações:

216. Observações:

217. Observações:

218. Observações:

219. Observações:

220. Observações:

221. Observações:

222. Observações:

223. Observações:

224. Observações:

225. Observações:

226. Observações:

227. Observações:

228. Observações:

229. Observações:

230. Observações:

231. Observações:

232. Observações:

233. Observações:

234. Observações:

235. Observações:

236. Observações:

237. Observações:

238. Observações:

239. Observações:

240. Observações:

241. Observações:

242. Observações:

243. Observações:

244. Observações:

245. Observações:

246. Observações:

247. Observações:

248. Observações:

249. Observações:

250. Observações:

251. Observações:

252. Observações:

253. Observações:

254. Observações:

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 Adair M. Oliveira</i>					
DIAGNÓSTICO: <i>pe rabbio e ulmo</i>					
ALERGIAS:		HAS	DM2		
IDADE:		LEITO	DATA	<i>22/11/19</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manten	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			16:30	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			5:30	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA			16:30	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5			5:30	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			5:30	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN			SN	
10	<i>Clindamycin 600mg EV 3XID 6/6h</i>			16:30	
11	<i>T. solit 600mg EV 1/2ID</i>			16:30	
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
20	SSVV + CCGG 6/6 H				
21	CURATIVO DIÁRIO				
SE DIABÉTICO CORRÉCÃO 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 UI/Ml, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: ENCONTRO PACIENTE ORITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICERÍCO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORDADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA:					

SINAIS VITais		PA	FC	FR	
6 H					
10 H	138x72	63		366	
18 H	122/72	74		356	
24 H	130/80	73			
oct	128/78	71		35°C	

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22/11/19 Retorno de CC dia 12/20,
com encerramento ANP de M&O.
medicais de novas
as 5:30h queixa-se de
dor intensa administrada com
CPM (Technique de Enfermagem
T-425 T-5)

22/11/19 Retorno de CC dia 12/20,
com encerramento ANP de M&O.
medicais de novas
as 5:30h queixa-se de
dor intensa administrada com
CPM (Technique de Enfermagem
T-425 T-5)

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 Lopes Filho</i>			
AGNÓSTICO	<i>xa admissao</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	112	DATA	23/11/20
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			S/N
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>14:30 08:00</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ			<i>S/N</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>14:20 08:00</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM			<i>06</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>S/N</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>14:20 08:00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			<i>06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			<i>06</i>
12	<i>filox 200mg EV 12/12h 20:08</i>			
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>S/N</i>
17	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>14:20 08:00</i>
18	CURATIVO DIÁRIO			<i>S/N</i>
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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDÓ, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS		6 H	PA	FC
		12 H	170/100	72
		18 H	150/90	77
		24 H	140x90	79
		FR	T	MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
		-	36	
		-	36	
		26.5		

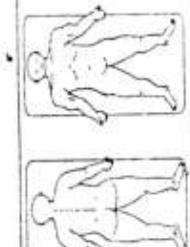
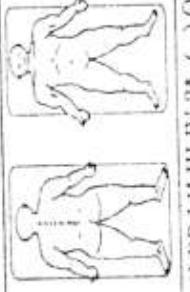
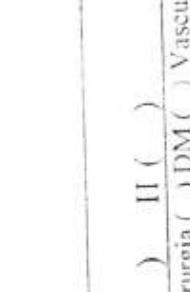
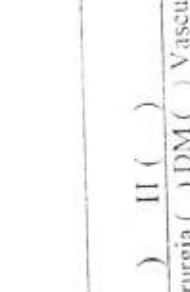
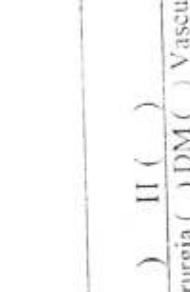
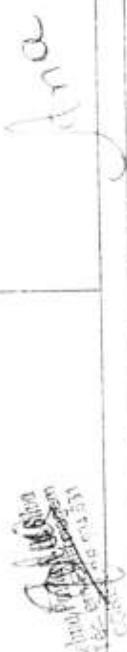
18h Paciente nem quisca, deitei no
medicadoas presentes, segue aos
cuidados de enfermagem.

Dione Sábia Ferreira Diniz
COREN-RR 816.689-76

Plantão noturno, edre
notocônia medicina
paciente. segue
dos cuidados.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Hospital Geral de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Antônio Henrique</u>			
	Leito: <u>119-1</u>				

 Localização	 Região <u>Lateral</u>		 Região <u>Abdominal</u>	 Região <u>Abdominal</u>	 Região <u>Abdominal</u>
	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>			
Etiologia I) PPI III/IV?* <input type="checkbox"/> () Quimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular II) Trauma: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia III) Outro:	<input type="checkbox"/> I) PPI III/IV?* <input type="checkbox"/> () Quimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular		<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
	<input type="checkbox"/> II) Trauma: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Aparência do Leito I) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização II) Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> I) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> II) Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Pete Perilesional I) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> I) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Quantidade de Exsudato I) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> I) Molhado <input type="checkbox"/> Úmido		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Solução de Limpeza I) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel II) Outro:	<input type="checkbox"/> I) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> II) Outro:		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Cobertura primária I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Troca I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Profissional que realizou procedimento: 	<input type="checkbox"/> I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				
Observações: 	<input type="checkbox"/> I) 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
	<input type="checkbox"/> II) Outro:				
	<input type="checkbox"/> III) Outro:				



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
IDADE		LEITO	119-1	DATA 24/11/2019
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5/0
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			MA-TOR
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			AT 20:06
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 1 ADIA			OK
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			AT 04:00
10	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H			
11				
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAI > 110 MMHG			
17	SSVV + CCG 6/6 H			
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA
200-240 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 DE FATO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE.
#EXAME FÍSICO: B/LG, ACALÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, FIPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA
6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO
DIREITO, SEGUE SEM QUEIXAS, COM MELHORA DO ARCO DE MOVIMENTO DE
COTOVELO DIREITO

25/11/19 PA = 115/73
FC = 68 T = 36,4

SINAIS VITAIS

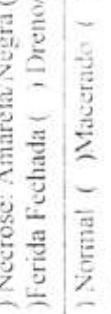
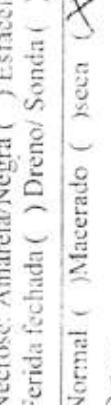
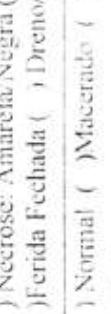
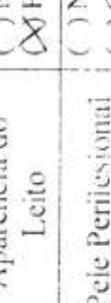
6 H	PA	FC	FR	
12 H	68/50	73	69	367
18 H	68/50	68	30	368
24 H	127/83	79	36	3615

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

O item de mao
realizado
na setor.
Marielma Sampaio Ferreira
COREN-RR 754419 TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Antônio Adolaei</i>	Leito: <i>119.1</i>	Data: <i>24/11/17</i>	

 HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –	Localização	Região: MSD	Região
	 Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	 Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	
Etiologia	I.LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> () Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular () Trauma <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	I.LPP I III IV ?* <input type="checkbox"/> () Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular () Trauma <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia () Outro:	
	() Necrose Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização 	() Necrose Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização 	
	() Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor () Outro:	() Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perifacial	() Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco () Outro:	() Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco () Outro:	
	() Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Tipo de Exsudato	 () Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/>	 () Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/>	
	 () Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> () Outro:	 () Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() 1/2/12 <input type="checkbox"/> () Diário <input type="checkbox"/> () 48/48h <input type="checkbox"/>	() 1/2/12 <input type="checkbox"/> () Diário <input type="checkbox"/> () 48/48h <input type="checkbox"/>	
	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 PERIFERICO			americana
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 INT			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			7
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			14
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			14 22 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			14 22
17	SSVV + CCGG 6/6 H			13/14
18	CURATIVO DIÁRIO			13/14
19				
20				
21				
<u>SE DIABÉTICO</u> 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				
<u>EVOLUÇÃO MEDICA:</u> ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 6/11/19 A NOITE CM DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA DE COTOVELO E BRAÇO 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

119-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE João Pedro 46 20 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24/06/2020 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta de fêmur

NO DIA 29/06/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fratura exposta de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. João Pedro E DR. João Pedro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/07/2020, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 01/07/2020, ÀS 10:00, COM O
DR. João Pedro

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. João Pedro

BOA VISTA, 01/07/2020

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

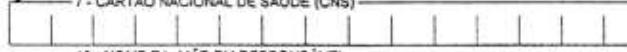
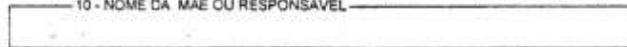
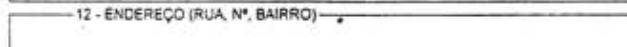
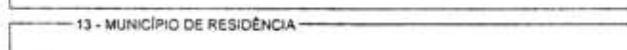
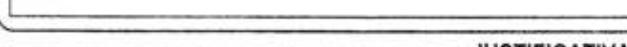
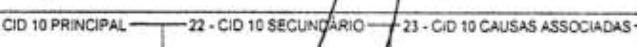
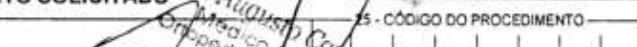
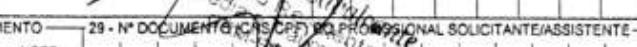
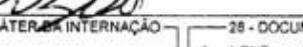
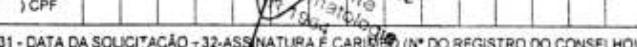
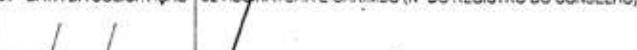
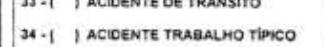
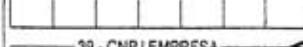
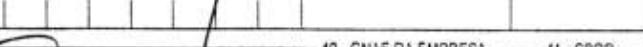
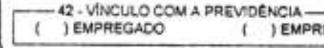
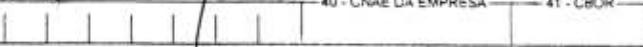
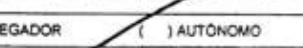
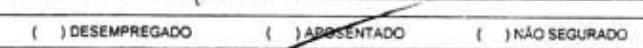
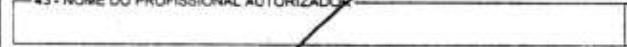
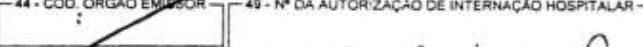
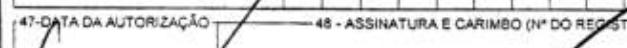
MÉDICO

	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 PERIFERICO				
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 <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MEDICA: #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:					
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

BLG-JD

Apêndice 1

Ch 10: 09/10/13

 SUS Sistema Único de 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 - N° DO PRONTUÁRIO <i>Antônio Adolfo de Oliveira Santos</i> 175228		6 - NOME DO PACIENTE <i>Antônio Adolfo de Oliveira Santos</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>24/01/99</i>	
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 	
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> N° DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente vítima de acidente com motor desacoplado, com fratura de osto do antebraço D. (Diófese)</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>As Acins</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx + exame p/ m</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Rx Antebraço D.</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL 	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO 		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Rx</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA 		27 - CARATÉR. DA INTERNAÇÃO 	
28 - DOCUMENTO () CNS <input type="checkbox"/> () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 		36 - CNPJ DA SEGURADORA 	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 		37 - N° DO BILHETE 	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 		38 - SÉRIE 	
39 - CNPJ EMPRESA 		40 - CNAE DA EMPRESA 	
41 - CBOR 		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO <input type="checkbox"/> () EMPREGADOR <input type="checkbox"/> () AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> () DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> () APÓSSENTADO <input type="checkbox"/> () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 	
45 - DOCUMENTO () CNS <input type="checkbox"/> () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 	
<i>03080 (0019)</i> <i>TO 68</i> <i>6/10/19</i> <i>CC70</i>			

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

HGR
 Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	<i>Antônio Adelino M. de Oliveira Senna</i>				
AGNÓSTICO	<i>1x onz de ondulação D+</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	70	LEITO	65	DATA <i>6/10/19</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5+0</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>mais</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>5+0 10:15</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12:5 12:30 14:00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				<i>06:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>5+0</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>5+0</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>5+0 12:00 16:00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>5+0 10:15</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>12:5 20:00 22:00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>12:00 22:00</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>5+0</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>estava</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>realizar</i>
15	<i>Ticatil 20mg EV de 12/12h</i>				<i>15:30:00</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, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

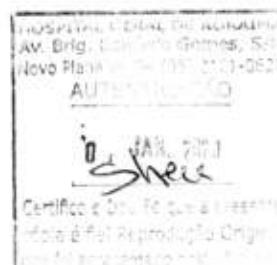


Regulação Interna

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	<i>128x80</i>	PC	<i>35.8</i>
12 H	<i>132x75</i>	SS	<i>36°C</i>
16 H	<i>125x69</i>	68	<i>36.5°C</i>
24 H	<i>120x70</i>	85	<i>35.3</i>

9:00 PP: 139 x 49
 FC: 92



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			SND
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			DB
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			14 23 00
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 MEDICA: 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:				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028
12 H	150/90	85	17	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	131/94	68	17	
24 H	127/96	70	20	035.9

12:00h. Aferido SSVV, Célia
adm. Tenoxicam 20mg CPM anterior. Cefazil G. M. 1000mg
Instalado Torneirinha.

165

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			SNP																				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			manha																				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			3v																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN			3v																				
5																								
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			3v																				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																							
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			26																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			3v																				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			11 22 06 NTF																				
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			3v																				
17	SSVV + CCGG 6/6 H			reduz																				
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 MEDICA: #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 <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>150 x 80</td> <td>70</td> <td>18</td> <td>36.5c</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>117 x 71</td> <td>79</td> <td>20</td> <td>36.6</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120x70</td> <td>75</td> <td>21</td> <td>36.9c</td> </tr> </table>					6 H	PA	FC	FR		12 H	150 x 80	70	18	36.5c	18 H	117 x 71	79	20	36.6	24 H	120x70	75	21	36.9c
6 H	PA	FC	FR																					
12 H	150 x 80	70	18	36.5c																				
18 H	117 x 71	79	20	36.6																				
24 H	120x70	75	21	36.9c																				
Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia																								

as 12:00h Paciente no leito, A favor do sono,
Realizado cuidados de enfermagem.
segue sem queixa Rosilene Garcia P. Mendes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

Paciente no leito, realizada
SNC e medicamentos
Dinner 18h
Irenilde Góes dos Santos
Enfermeira 100% remunerada
08:00-17:30

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR
Letto: CG

Protocolo nº 1
Paciente: Antônio Alen
Data: 08/10/19

Versão:08
Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Localização	Região:	MTR	Colo
	Grau:	I (X) II (X)	I (X) II (X)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração Fixador Externo Ortopedia () Outro: <u>leio</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração Fixador Externo Ortopedia () Outro:	
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	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruno Carlos</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Brasil</u> <u>Colégio</u>	<u>Brasileiro</u> <u>Enfermeiro</u> <u>Brasil</u> <u>Colégio</u>	
Observações:			



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 Edson Alves 19 ANOS,

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 06/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE Av. Art. nasco (A)

NO DIA 07/10, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 11/11, ÀS 10:00, COM O
DR. Edson Alves da 06/11/19 à 07/11/19

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

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2004

BOA VISTA, 07/10/19

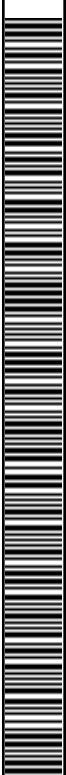
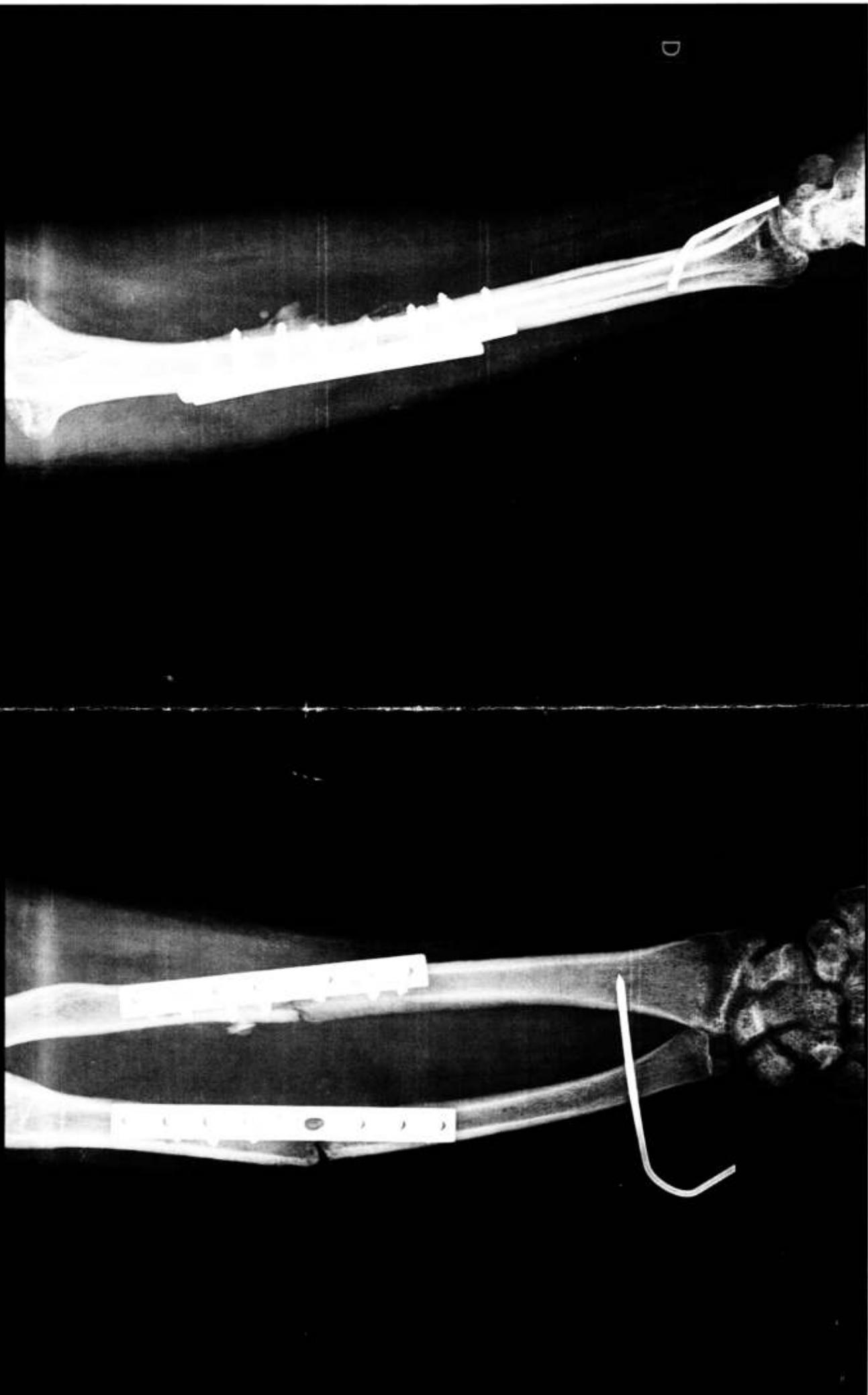
MÉDICO

ANTONIO ODACIR M OLIVEIRA
HOSPITAL CORONEL MOTA

14373
18/12/2019

Vilson

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 curá-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

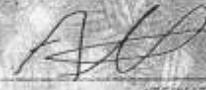
ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS

**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** TÍPICO: **RR**


ASSINATURA DO TITULAR


COLEGAR DIREITO



02 **QUALIFICAÇÃO CIVIL** **03** **ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA
ELIONAY'S CARRERA SANTA MARIA

NASCIMENTO: 10/01/1985
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NACIONALIDADE: VENEZUELA
DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 0815001041701900-201906201919

RNE: 1421804742500178
VALIDADE: BASE LEI 11.924 ART 21 § 1º
VALIDADE: 20/06/2019
MODALIDADE: CIPF: 713.375.381-24

LOCAL DE EMISSÃO: SRTEUR-BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 28/06/2018
ASSINATURA DO EMISSOR: 
MAGALY ULLA FLORES
MAGALY ULLA FLORES
Assinatura e Carimbo da Emissora e Exemplar
ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO: 

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO: 

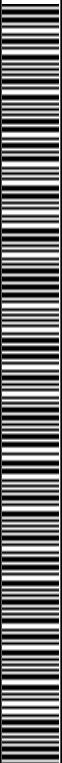
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO: 

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR
MOTIVO: 

LEGENDA

A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO
B - SE JUDICIAL	D - ADOPÇÃO	F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	





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, o 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 DO TITULAR

POLIGRAM DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

FILIAÇÃO: ROSARIO MUJICA SORILLA
ELIJONAYS CARRERA SANTA MARIA
NASCIMENTO: 19/10/1985
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NACIONALIDADE: VENEZUELA
DOCUMENTO: PROTOCOLO PF 08115001841281958 3006/2018

RNE: 1421180474250 BASE LEI N. 0474-A/87 21 6.1*

MODALIDADE: BASE LEI N. 0474-A/87 21 6.1*

CPF: 713.375.385-24

VALIDADE: 30/09/2019

LOCAL DE EMISSÃO: SRTEUR- BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO: 28/09/2018

Argelio Jose Carrera Mujica

Medio Falso
Subscrevendo integralmente a verdade e falso que
ASSINATURA DO SERTORIO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FIUACÃO

DATA DE NASC. DE
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

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

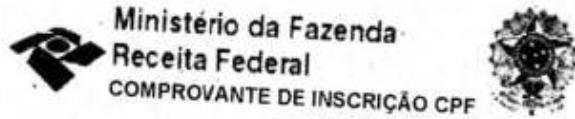
LEGENDA





A UNIÃO OU SEU PESSOAL PODEM SER CONSULTADA NO SISTEMA ELETRÔNICO OFICIAL DA POLÍCIA FEDERAL

I<BRAF079184G<2<<<<<<<<<<<<
8510138M2103123VEN<<<<<<<<<<<<8
CARRERA<MUJICA<<ARGELIO<JOSE<<



Número
713.375.381-24

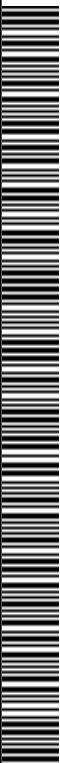
Nome
ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

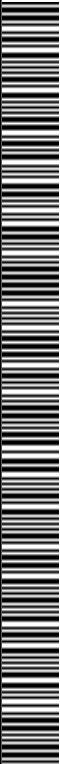
Nascimento
13/10/1985

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





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0068608/20

Vítima: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

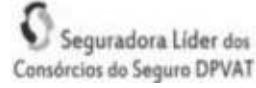
WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114534/20

Vítima: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

CPF: 713.375.381-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

ARGELO 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:

Nome do beneficiário:

Nome do solicitante:

Data da solicitação:

09/03/20

DD/MM/AA

CPF do beneficiário:

713.375.381-24

CPF do solicitante:

825.336.343-20

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (95) 99113-3855

Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

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) documentos 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 - Bua Vista IRR

Local e Data

William Gonçalves Franco

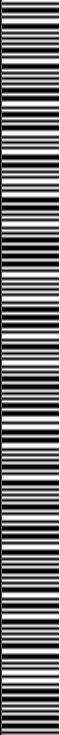
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTES:

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: ARGELO 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 URNA 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 URNA 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.

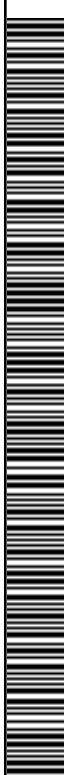
Documentos complementares:

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: Aracio Jose Carrera Muica
NACIONALIDADE: Venezuelano
PROFISSÃO: Relei
CPF: 713.378.381-24
BAIRRO: Jardim Primavera
CEP: 69.314-226
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: F079184-0
ENDERECO: Rua Lurimato, 512
CIDADE: Bon Vito

VITIMA: Aracio Jose Carrera Muica
CPF: 713.378.381-24
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE
DATA DO ACIDENTE: 03/11/19

OUTORGADA:

NOME: Willam Goncalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Relei
Nº. DO RG: 2397717
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua 00-11, 294 - Bairro Moreino
ORGÃO EMISSOR: SESPIRR

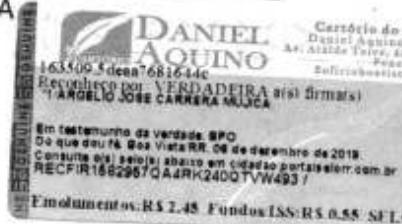
PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Aracio Jose Carrera Muica, 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.

Bon Vito/RR, 06 de Dezembro de 20 19

**ASSINATURA**

OBS: Reconhecer por autenticidade



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Aracio Jose Carrera Muica
NACIONALIDADE: Venezuelano
PROFISSÃO: Relei
CPF: 713.378.381-24
BAIRRO: Jardim Primavera
CEP: 69.314-226
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: F079184-0
ENDERECO: Rua Lurimato, 512
CIDADE: Bon Vito

VITIMA: Aracio Jose Carrera Muica
CPF: 713.378.381-24
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE
DATA DO ACIDENTE: 03/11/19

OUTORGADA:

NOME: Willam Goncalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Relei
Nº. DO RG: 2397717
DATA DE EMISSÃO: 13/10/16
Nº. DO CPF: 825.396.343-20
ENDERECO: Rua 00-11, 294 - Bairro Moreino
ORGÃO EMISSOR: SESPIRR

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Aracio Jose Carrera Muica, 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.

Bon Vito/RR, 06 de Dezembro de 20 19

**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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/11/2019

Titular do CPF: ARGELIO JOSE CARRERA MUJICA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15706958





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200147062 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARGELO 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 URNA 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: ARGELO 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 URNA 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:

3 - CPF da vítima:

713 375.381-24

4 - Nome completo da vítima:

Angelio Jose Portera 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:

Angelio Jose Portera Mufico

6 - CPE:

713.375.381-24

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Senador Gilmar Góes
Rua: Gurinhatã
Bairro: Primavera
Cidade: Boa Vista
Estado: RR
CEP: 69.319-226

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

95 9913-5855

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: ITAÚ

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: 6953

CONTA: 27017

(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:

Sim

Não

Sim

<



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 ASI: **713375381-24** 3 - CPF da vítima: **713375381-24** 4 - Nome completo da vítima: **Wilhem Gonçalves Mufica**

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

5 - Nome completo: **Wilhem Jose Gonçalves Mufica** 6 - CPF: **713.375.381-24**
 7 - Profissão: **Serviços Gerais** 8 - Endereço: **Rua Guimaraes** 9 - Número: **512** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Guilhermina** 12 - Cidade: **Bonito** 13 - Estado: **MS** 14 - CEP: **02319-226**
 15 - E-mail: **9544113-5855** 16 - Tel.(DDD): **95** 17 - Tel.(DDD): **9544113-5855**

DADOS CADASTRAIS

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: **6953**

CONTA: **27017**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **ITAU**

AGÊNCIA: **6953**

CONTA: **27017**

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

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

NAO ALFABETIZADO

34

Assinatura digitalizada
Vítima não
alfabetizada
ou analfabeto

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)

40 - Local e Data:

Brumadinho RR 10

x/AB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: GUSMERLI CARDINA SILVA DEPABLOS (EN VOLVIDO)

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 (EN VOLVIDO , 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 (EN VOLVIDO)

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 (SUPÓSTO 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 UTCHE (SUPÓSTO 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
PÓLICIA 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 inicio 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 Carrera Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Iilitza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Iilitza Mato Depablos a 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 Policia 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 DESTE REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUY 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 Policia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) imputado(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Falsa Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Policia Civil: Míriam Di Manno
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
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
Estado Civil: Casado(a)
Idade: 43 anos

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 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

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

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA: BETEL
Bairro: CAMBARÁ
Nº: 825

Nome Civil: RUBEN DÁRIO FERNANDEZ UTCHE (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

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

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
Estado Civil: União Estável
Idade: 26 anos

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
Estado Civil: Solteiro(a)
Idade: 38 anos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 inicio 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 Carrera Mujica, a técnica de enfermagem Tamires Leandro da Silva, foi agredida verbalmente por Dulvis Iilitza Mato Depablos, enquanto Charles Madeira do Nascimento, tirava a maca da ambulância e que ao presenciar a agressão verbal afastasse, momento em que ela senhora Dulvis Iilitza Mato Depablos a 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 Policia 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 DESTE REGISTRO; QUE NA DATA DO FATO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV RUY 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 Policia

Matrícula 42000370

Responsável pelo Atendimento

Argelio José Carrera Mujica

(Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) imóco(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia Falsa Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Delegado de Policia Civil: Misael Di Manno
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:46
Protocolo nº: Não disponível



Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº Cadastral no ASL: 3 - Ofício de Vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113 375 381-24 Willian Gonçalves Mexico

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

5 - Nome completo: Willian Gonçalves Mexico
6 - Cpf: 713 215 381-24
7 - Prenome: Silviano
8 - Endereço: S/Nº Número: 512
9 - Bairro: Centro Complemento: 10 - Complemento: 11 - CEP: 69 314-226
12 - Cidade: Belo Horizonte
13 - Estado: MG 14 - Ie (DUV): 45 99/13-5855
15 - E-mail:

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - FAIXA DE RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR R\$1.001,00 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

CONTA POUPANÇA (informar os bancos abaixo) CONTA CORRENTE (informar os bancos) Nome do BANCO: ITAU

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

AGÊNCIA: CONTA: Informar o agência Informar o agência Informar o agência Informar o agência

AGÊNCIA: 4953 CONTA: 27 047 7

Autorizo a Seguradora Lider a criar ou cancelar a conta bancária informada, de minha titularidade, e valor de crédito/débito no Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando causa à somente cada a efetivação de crédito, quitação total, de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE SALDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instalação Médica Legal (IMI) para os fins de requerimento da cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Declaro e posso afirmar que não se trata de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, nem base na crise, moradia médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo de que sou autor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa que a concessionária concordou com a futura avaliação médica ou renunciou ao direito de contestar a classificação médica, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 26 - Seu último debole companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima: Sim Não 28 - Vítima: Sim Não 29 - Seu último debole: Sim Não 30 - Vítima: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Seu último debole: Sim Não 33 - Vítima: Sim Não 34 - Vítima: Sim Não 35 - Seu último debole: Sim Não 36 - Vítima: Sim Não 37 - Vítima: Sim Não 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte, 20 de Fevereiro de 2020
Assinatura: William Gonçalves

MORTE

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO AVALIAR (se houver)

TESTEMUNHA: N.º 145



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *713.375.381-24* *Wilhem Gonçalves Mufica*

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

5 - Nome completo: *Wilhem Jose Ferreira Mufica* 6 - CPF: *713.375.381-24*
 7 - Profissão: *Serviços Gerais* 8 - Endereço: *Rua Guimaraes* 9 - Número: *512* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Guilhermina* 12 - Cidade: *Bonito* 13 - Estado: *MS* 14 - CEP: *02.319-226*
 15 - E-mail: *9544135-5855* 16 - Tel.(DDD): *95* 17 - Tel.(DDD): *9544135-5855*

DADOS CADASTRAIS

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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 atende 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 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NAO ALFABETIZADO

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário que não sabe ler e escrever

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)

40 - Local e Data:

Brantito RR 10 *x AF* *41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

ITAU - 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



CAERR
CNPJ: 06.829.657/0001-16
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.032.426-3
RUA HELVIN JONES, 219 - BÁO PEDRO - CEP: 69.309-810

Matrícula: 841617 | Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

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

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.023.042.017-001	5	966	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A14U035485	17/12/2015	LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	314	326	12
LEITURA INF.			31
DT. LEITURA	09/10/2019	09/11/2019	

ULTIMOS CONSUMOS

	201910	201909	201908	201907	201906	201905	MEDIA
	15-0	4-0	1-0	0-00	0-00	3-0	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	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	N.COLE
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
APALHIDAS	215	215	215	215	215
CONFORMES	215	215	215	215	215

DESCRICAO

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA 12 M3 30,86

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 11/2019 4,77

VENIMENTO: 15/12/2019 **TOTAL A PAGAR 35,63**

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

1 IMPRESSO EM 1 09/11/2019 06:12:31:28

Via do Cliente

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capital, Km 0,501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-7
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe o seu NÚMERO » **SEU CÓDIGO** **0070442-3**

NOTA FISCAL **003894123**

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA - TEE foi criada
pela Lei nº 10.436 da 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
R. 07 18 295 LAURA MOREIRA

CPF: 00072902149049
EP: 69.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	11580	Atual:	23/10/2019	Grupo/Subgrupo:	B
Anterior:	10798	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:	1061715809
Consumo medido:	820	Apresentação:	23/10/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	820	R\$: 7.981,29 R\$ 1.162,89		Modalidade:	CONTINUACIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 =	626,97
CORRELAÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-20		0,07
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-20		2,00
MULTA POR Atraso DE I 07/19-20		2,30
JUROS DE MOB. POR ATR 07/19-20		0,56
MULTA POR Atraso 07/19-20		7,90
JUROS DE MOB. E IMPÔ 07/19-20		8,69
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 820 - 0,634620

Média 12 meses: 495

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

07/18	769
10/18	723
01/19	415
04/19	862
05/19	789
06/19	720
07/19	900
08/19	781
09/19	417
10/19	511
11/19	411
12/19	489
01/20	629

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Atenção: O vencimento da sua fatura é dia 06/11/2019. Caso não pague, seu consumo será suspenso a partir de 07/11/2019. Seu consumo de energia elétrica é de 673,79 kWh. O não pagamento pode 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 desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 080087019120 E FAÇA ORÇO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:		
Distribuição:	341,58	Tributos:	17,74
Transmissão:	161,07		105,58
	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Calculo:	ICMS:	Alíquota:	Valor:
626,97	17,00%	106,58	
	PIS:	0,0000%	0,00
	COFINS:	0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
01/01/2019 - 31/10/2019	01/01/2019 - 31/10/2019	01/01/2019 - 31/10/2019	01/01/2019 - 31/10/2019
Realizado	8,65	17,70	35,48
Conjunto	8,65	17,70	35,48

Período da comparação: 01/01/2019 - 31/10/2019

Período da comparação: 01/01/2019 - 31/10/2019

CAERR
CNPJ: 06.829.657/0001-16
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.032.426-3
RUA HELVIN JONES, 219 - BÁO PEDRO - CEP: 69.309-810

Matrícula: 841617 | Novembro/2019

Dados do Cliente:
FRANCISCO SANTOS COSTA

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

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.023.042.017-001	5	966	1 RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
A14U035485	17/12/2015	LIGADO	POTENCIAL
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	314	326	12
LEITURA INF.			31
DT. LEITURA	09/10/2019	09/11/2019	

ULTIMOS CONSUMOS	Qualidade da Água Distribuída Ao Consumidor				
201910 15-0	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL N.COLE	
201909 4-0	EXIGIDAS	100	100	100	
201908 1-0	APALIDAS	215	215	215	
201907 0-00	CONFORMES	215	215	215	
201906 0-00					
201905 3-0					
MÉDIA 4					

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

VENIMENTO: 15/12/2019 | TOTAL A PAGAR 35,63

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

1 IMPRESSO EM 1 09/11/2019 06:12:31:28

Via do Cliente

RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capital, Km 0,501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.032-7
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO**
0070442-3

NOTA FISCAL **003894123**

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA - TSEEE Foi criada
pela Lei n.º 10.436 da 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
R. 07 18 295 LAURA MOREIRA

CPF: 00072902149049
EP: 69.318-005 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	11580	Atual:	23/10/2019	Grupo/Subgrupo:	B
Anterior:	10798	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:	1061715809
Consumo medido:	820	Apresentação:	23/10/2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	820	R\$: 7.981,29 R\$ 1.162,89		Modalidade:	CONTINUACIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	820 A R\$ 0,764602 =	626,97
CORRELAÇÃO MONETÁRIA DA 07/19-20		0,07
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 07/19-20		2,00
MULTA POR Atraso DE I 07/19-20		2,30
JUROS DE MOB. POR ATR 07/19-20		0,56
MULTA POR Atraso 07/19-20		7,90
JUROS DE MOB. E IMPÔ 07/19-20		8,69
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 820 - 0,634620

Média 12 meses: 495

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

07/18	769
10/18	723
01/19	415
04/19	852
07/19	789
10/19	720
01/20	900
04/20	781
07/20	417
10/20	511
01/21	411
04/21	489
07/21	629

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.
LIGUE 080087019120 E FAÇA ORÇO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	Encargos:		
Distribuição:	341,58	Tributos:	17,74
Transmissão:	161,07		106,58
	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Calculo:	ICMS:	Alíquota:	Valor:
	PIS:	17,00%	106,58
626,97	COFINS:	0,0000%	0,00
		0,0000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	QMIC	QMCU			
Último	10/11	10/11	Mesmo	Mesmo			
Realizado	8,65	17,70	35,48	8,45	16,92	33,84	4,82
Conjunto	8,65			Período da Apuração:	06/10/19	10/11	



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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE 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

Agilio Jose Portela Muyico inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.375.381-24,

do sinistro de DPVAT cobertura Brasilides

da Vítima

Agilio Jose Portela Muyico inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.375.381-24, 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 Motaizo</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>6903-10-50</u> Tel.(DDD): <u>65 99113-3855</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 maiores 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Etanço

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825 376.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.375.381 / 24,

do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio

da Vítima Aglio José Pereira Mafico

inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.375.381 / 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>345</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro Motriz</u>	Cidade:	<u>Bacabeira</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>69031050</u> Tel.(DDD): <u>0699113-3855</u>

Local e Data: Bacabeira RR 10 de Fevereiro de 2020

William Gonçalves Etanço

Assinatura do Declarante



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

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

33.3.0028479-6

MP-00-PrintarPDF

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

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



Tipo Jurídico

Sociedade anônima

Porto Empresarial

Normal

REQUERIMENTO

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

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

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFAD5E5ECFBFFD5CF668740F233E496AFDA80E1F0B

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



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



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

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

luis

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



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



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

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

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

Página 2 de 3

João Alves Barbosa Filho

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

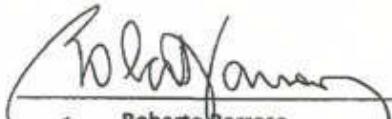


7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

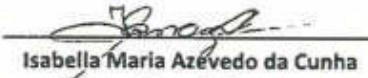
8. ASSINATURAS: A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.),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

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017



Roberto Barroso
Presidente



Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

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



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017



HÉLIO BITTON RODRIGUES



4996507

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

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

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

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

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

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

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

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

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

Página 1 de 10

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4995508

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

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

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

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

Parágrafo Quarto – Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

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

Parágrafo Sexto – Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996509

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

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

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 1 à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4998510

convocada.

RMW

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

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

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

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

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

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

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

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

Página 4 de 10

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996511

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

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

Página 5 de 10

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BFB0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996512

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

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

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

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

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

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

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

CAPÍTULO VI - DIRETORIA EXECUTIVA

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

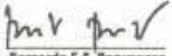
Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

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

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

Página 6 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996513

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

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

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

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

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

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

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996514

- PN*
- c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;
 - d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;
 - e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;
 - f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;
 - g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e
 - i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

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

- a) dois Diretores;
- b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;
- c) dois procuradores com poderes especiais.

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

- a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;
- b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

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

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

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

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

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

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

mv mv
Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996515

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

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

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

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

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

Página 9 de 10

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

Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/6



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

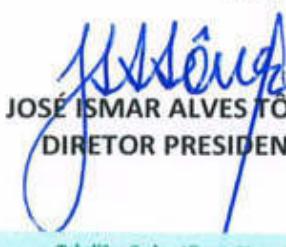
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

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

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÓRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas
DA CAPITAL
Tabelião: Carlos Alberto Fírmio Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800
A D B 2 B 6 9 0
0 B 8 6 7 4
Peconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas dos: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÓRRES (X00000524453)
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Serventia
TJ-RJ
Total

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
1. 3.96
Escrivente
2. 5.96
3. CTB 16.60982 série 06077 ME
4. AGE 20.5 3º Lei 8.986/94



SUBSTABELECIMENTO

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





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

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.

MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS
OAB/RJ 135.132

