

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2758921820200626110454

Processo 0815298-55.2020.8.23.0010 ☆ - (10 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 19 de agosto de 2020 às 09:00:00
Citações: Cumprir Prazo Para: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A - Prazo: 25/06/2020 à 20/07/2020 (15 dias):

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à Descrição:					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento			Movimentado Por
[-]	16	26/06/2020 11:04:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		
			Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (24/06/2020)		
		16.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729335CONTESTACAO01.pdf	Público
		16.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729335CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		16.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	15	25/06/2020 16:35:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 25/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (24/06/2020) e ao evento de expedição seq. 13.		
	14	24/06/2020 15:07:42	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 24/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 12.		
	13	24/06/2020 10:02:03	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 12) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (24/06/2020)		
[+]	12	24/06/2020 10:01:51	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis		
	11	24/06/2020 10:00:41	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de TELMA ANA JORGE DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE CERTIDÃO (24/06/2020)		
[+]	10	24/06/2020 10:00:29	JUNTADA DE CERTIDÃO		
	9	24/06/2020 09:59:44	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de TELMA ANA JORGE DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 7) AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (24/06/2020)		
	8	24/06/2020 09:59:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de TELMA ANA JORGE DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (23/06/2020)		
	7	24/06/2020 09:59:13	AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (Agendada para: 19 de agosto de 2020 às 09:00, em 2ª Vara Cível)		
[+]	6	23/06/2020 10:43:47	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE		
	5	15/06/2020 11:46:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		
	4	15/06/2020 11:46:26	RECEBIDOS OS AUTOS		
	3	15/06/2020 11:46:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição		
	2	15/06/2020 11:46:26	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível		
[+]	1	15/06/2020 11:46:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

PROCESSO: 08152985520208230010

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 **TELMA ANA JORGE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **30/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **01/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106596 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**Data da análise:** 12/03/2020**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Documentos
complementares:****Observações:** PÁG 3/4/5/6/7_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 30/11/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/03/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TELMA ANA JORGE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000000611707-4

Nr. Autenticação

BRADESCO1703202005000000000023701383000000611707236250 PAGO

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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.”

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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.

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TELMA ANA JORGE DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08152985520208230010.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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: 650.433.832-91 4 - Nome completo da vítima: Telma Ana Jorge da Silva

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

5 - Nome completo: Telma Ana Jorge da Silva 6 - CPF: 650.433.832-91
7 - Profissão: Sexólogo Geral 8 - Endereço: R. Estrela Cadente 9 - Número: 730 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Rua do Sol 12 - Cidade: Bão Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-074
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 9599/13-3855

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: 1383 8 CONTA: 0611707 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

Autorizo a Seguradora 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bão Vista RR 02 de Março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Telma Ana Jorge da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Gonçalves

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15.001.1007/2010

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/12/2019 06:57 Data/Hora Fim: 01/12/2019 07:18
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: I 811373 Data: 30/11/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 30/11/2019 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dos Estados
Logradouro: AV AMAZONAS COM AV RIO GRANDE DO SUL

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FELIPE RIBEIRO SAMPAIO DE OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Nome da Mãe: Sem Informação
Em Serviço: Sim

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. DAS GUIANAS
Complemento: CIPTUR
Bairro: 13 DE SETEMBRO

Nome Civil: RENATO BATISTA DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 41 anos
Profissão: Motorista

Estado Civil: Solteiro(a)

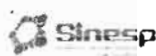
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 747.782.502-49
RG - Carteira de Identidade: 206301

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA MANOEL BARBOSA DE ARAUJO Nº: 92
Bairro: 31 DE MARÇO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

Telefone: (09) 9137-6160 (Celular)

Nome Civil: DENILSON JORGE DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 22 anos

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: Solteiro(a)

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 023.685.742-80

RG - Carteira de Identidade: 4230213

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESTRELA CADENTE

Nº: 703

Bairro: RAIAR DO SOL

Nome Civil: TELMA ANA JORGE DA SILVA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 42 anos

Profissão: Empregada Doméstica

Estado Civil: Casado(a)

Em Serviço: Não

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 181484

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ESTRELA CADENTE

Nº: 703

Bairro: RAIAR DO SOL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Conforme rop em anexo vem relatar acidente de trânsito que no local havia somente o veículo de Renato (VW voyage , de cor , branca de placa NAY9462(DANOS: farol direito , para choque dianteiro e capô)); Que Denilson e Telma estavam dentro das ambulancias do Samu recebendo socorro; Que segundo Renato , estava trafegando na av Rio Grande do Sul sentido av Amazonas, e Denilson trafegava na av amazonas , sentido bairro/centro, conduzindo uma motocicleta (Yamaha lander xt250 de cor preta placa naz6789 (Dano: a motocicleta nao estava mais no local no momento da chegada da guarnição)) que na garupa estava Telma mae de Denilson, momento em que no cruzamento das vias houve a colisao; Que Denilson e Telma sofreram fratura exposta , ambos na perna direita e escoriações pelo corpo e foram removidos ao pronto socorro pelas ambulancias do Samu; Que na esquina av Rio Grande do Sul havia uma placa de PARE ; Que segundo Renato a motocicleta foi retirada do local por parentes de Denilson ; Que Denilson nao possui CNH ; Era o que tinha a relatar ; É o relato.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042566/2019

ASSINATURAS

Poliana Lewis da Costa Campos
agente carcerana
Matrícula 042000891
Responsável pelo Atendimento

Felipe Ribeiro Sampaio de Oliveira
(Comunicante)

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



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: 650.433.832-91 4 - Nome completo da vítima: Helma Ana Jorge da Silva

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

5 - Nome completo: Helma Ana Jorge da Silva 6 - CPF: 650.433.832-91
7 - Profissão: Gerente Geral 8 - Endereço: R. Estrela Cadente 9 - Número: 730 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Baixa do Sol 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-074
15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 9599113-3855

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: ☒ RECLUSO 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: 1383 8 CONTA: 0611707 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106596

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TELMA ANA JORGE DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001383-8

Conta: 000000611707-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106596

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TELMA ANA JORGE DA SILVA

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TELMA ANA JORGE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01383-8

CONTA: 000000611707-4

Nr. Autenticação

BRDESCO1703202005000000000023701383000000611707236250 PAGO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

1901192899	30/11/2019 13:33:21	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	23
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
TELMA ANA JORGE DA SILVA	25/11/1977	42 A 0 M 5 D	706207023926269	65043383291	00086279		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	181484	SSPIRR	26/07/1996	F	SOLTEIRO(A/PARDA	BONFIM - RR	BRASILEIRA
Mãe				Pai	Contato		
LUCIANA JORGE DA SILVA				PEDRO EDUARDO DA SILVA	(95) 99153-6366		
Endereço							Ocupação
RUA - ESTRELA CADENTE - 730 - RAIAR DO SOL - BOA VISTA - RR							DO LAR

Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		EDILEUDA.SOUZA			

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

Anamnese de Enfermagem	GSC	DIURNO TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	23

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
 Pct Vítima de acidente trânsito SIC
 trazido pelo SAMU

Exame Físico
 Dor e pele (D)

Hipótese Diagnóstica
 F + Teler

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA

PRESCRIÇÃO

1) Morfina 10g + SP0.8 9ul, Fazer 3ul (6u)
 2) ATT 0,5mg PR
 . Ceftriaxona 2g - EV
 . Clonamida 600 - EV 17:30
 . Dexametasona 10mg
 . Depexen 2 - l - EV
 . Morfina 10g + SP0.8 9ul - Fazer 3ul - EV

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edileuda.souza
 Data Hora: 30/11/2019 13:34:08



Ortopedia

V. Peres

paciente vítima de acidente com risco
de lesões de nível em nível D

Do Exame: Lesão contusa com
enxertos em região anterior da perna
Do Rx: fratura segmentar de fíbula e

CD: curativo + todo o resto
+ tentativa de reduzir fratura

CD: Do C.C. para colocação de
fratura externa.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1004

di 17:18

Ortopedia

Equipe ortopédica aguardando no centro cirúrgico
foi-nos informado que houve o fim da cirurgia de
duas cirurgias (transfusão sanguínea), poderíamos iniciar
o procedimento, uma vez que não tinha uma sala limpa
de, devido a falta de infraestrutura.

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR 1995

CR

Ata: 05/12/19

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

86279

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fr. exposta de
perna 

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HO clínico

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

Amniocentese + Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

4 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050500
5828
1709



BOLETIM OPERATÓRIO

telma Ana Jorge

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 30.11.19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

NÍCIO:

FIM:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

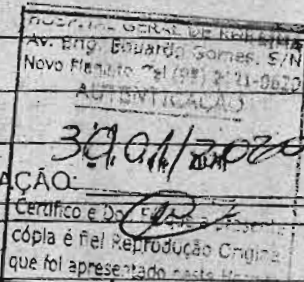
ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DDH sob anestesia
- 2 - Anestesia + Antissepsia + colocação de campos estéril
- 3 - LMC com sol 0,9% 10lvhos
- 4 - Fixação do foro de portar com fixador externo 250 sob controle radioscópico
- 5 - curativo após sutura
- 6 - RPA

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

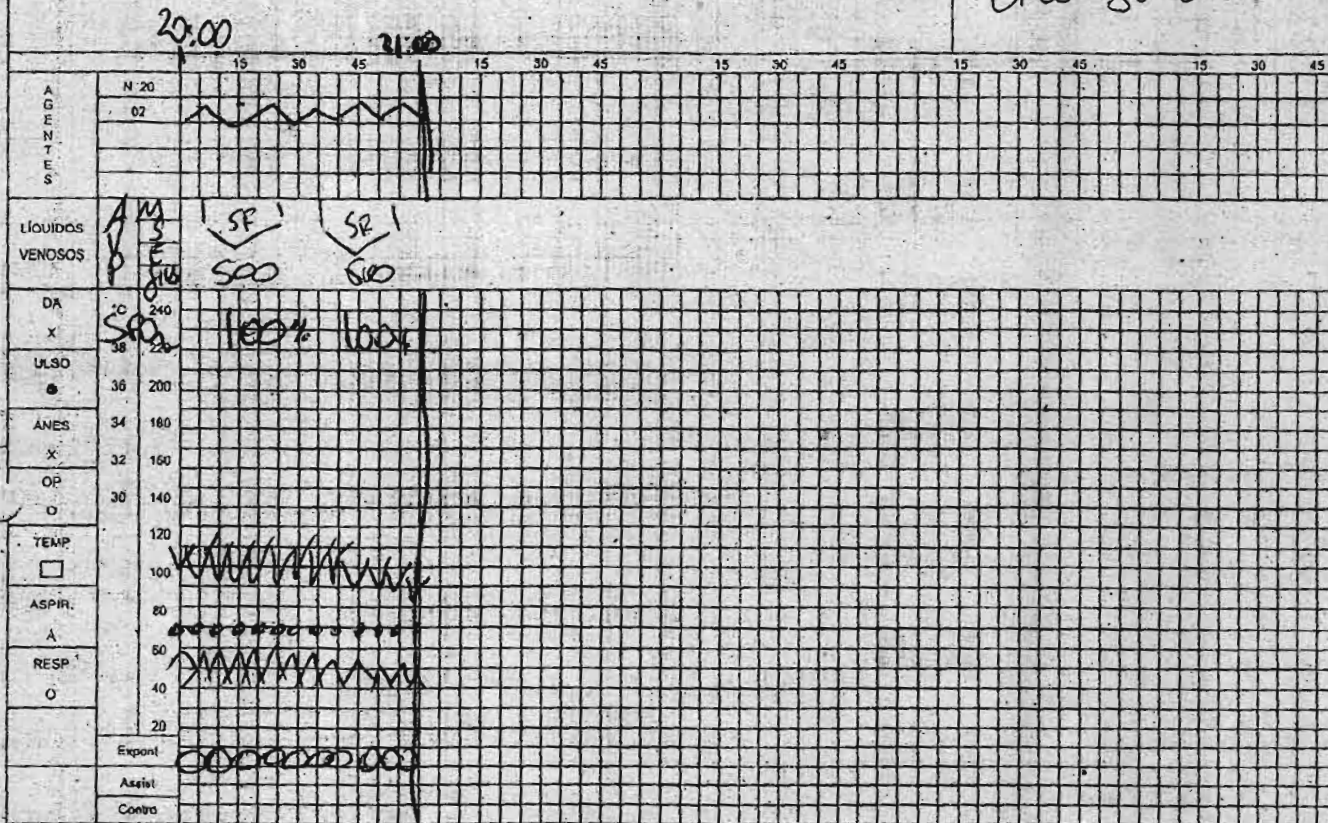
Telma Ana Jorge da Silva 42e

30.11.12

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

Emergência



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 0.5% 12mg	3	Rapida anestesia com	X Monitorização + check list
B. Fentanyl 100mcg		Entre 43-44, anestesia	1. Oito de 2 em cm
C. Midazolam 2mg		2. dente, simples, com	2. S-dosagem com fentanyl 100mcg
D.		Apêndice de 2mm	1- midazolam 2mg
E.		200 sob ventilação	
F.		estabilizada com dno	
G.			
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
MDCD		Naso / Oro Faríngeal - Caga	
SANGUE		Sol - Tempo - Calibre do Tubo	
SF 0.9% 1000 ml		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	1000ml	TEMPO DE ANESTESIA	
		01:00	
OPERAÇÃO			
- Osteossíntese MSD			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
- Dra Evelyne		D. de Oliveira	Ø

Dr Carlos Jr R

Dra. Evelyne Fernandes
Médica CRM/RR 1424
Anestesiologista RQE 161



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

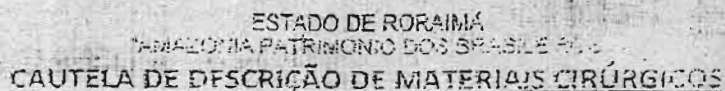
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

42 anos

Entrada em Sala 18:30

NOME DO PACIENTE:		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Lima Ana Jorge da Silva					30 / 11 / 19	
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Tratamento cirúrgico de fratura exposta		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
20:20		21:07				
EQUIPE MÉDICA						
ANESTESISTA:		Lrº Eneeline				
RES. ANESTESIA:		Lrº Carlos R.S.				
INSTRUMENTADOR						
CIRCULANTE		Elizangela M.				
TIPO DE ANESTESIA: Raqui + Sedação						
TEMPO DE DURAÇÃO:						
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1000	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
☒	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0		
☒	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
☒	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
☒	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
☒	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº		
☒	SERINGA 01ML		1	agulha nº 26		
☒	SERINGA 03ML		1	bládyra 20 cm		
☒	SERINGA 05 ML		1	cateter P/O 2		
☒	SERINGA 10ML		1	cloroxidina 100-100ml		
☒	SERINGA 20ML		1	topico 100-100ml		
☒	Elétricos		1	alcoól 100-100ml		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Gabriela	SUB TOTAL			
		Valine	TAXA DE SALA			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA			
		Elizangela M.	SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						



Fixador Zero.

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250
Ref.: 4747/D1 Lote: 184001219
Registro ANVISA: 10223710005

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

Nome: Thelma Ana Ingrid da Silva

Setor/Leito: GT

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 30 / 11 / 19

Aline J. S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RN 526.537 EM

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

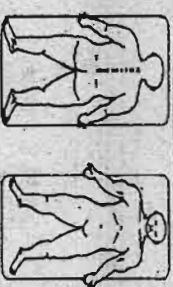
Telma Ana Daise Silva

Leito:

121-5

Data: 02/12/15

Localização



Região: MID

Grau: I () II (X)

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração X Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leio

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

(X) Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70%
() Outro:

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Renata Silva Rodrigues
COREN-RR 1.357.278 - 11

Renata Silva Rodrigues
COREN-RR 1.357.278 - 11

Observações:



Região: MID

Grau: I () II (X)

() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração X Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

(X) Molhado () Úmido () Seco

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70%
() Outro:

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Renata Silva Rodrigues
COREN-RR 1.357.278 - 11

Renata Silva Rodrigues
COREN-RR 1.357.278 - 11



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



121-5

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE TELMA ANA JORGE					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA PERNA D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-5	DATA	03/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>hipoglicêmica</i>				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 06 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				22 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				7 SN 15
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 18 24 06
12	METFORMINA 850MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				12 18 24 06
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
14	<i>Insulina regular 10U5 SC Antes do café e jantar</i>				06
15	<i>Insulina NPH 10U5 SC Após jantar</i>				20 06
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
19	DEXTRO 6/6H				06 24 1
20	<i>Paciente tem glicômetro</i>				
21					

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100/60	72	36
18 H	Sem aparelho de P.A.		
24 H	Sem aparelho de P.A.		
	156x92	78	

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

121-5

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PACIENTE **TELMA ANA JORGE**

AGNÓSTICO **FX EXPOSTA PERNA D**

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

IDADE	LEITO	121-5	DATA	04/12/2019
-------	-------	-------	------	------------

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

1	DIETA ORAL LIVRE HIPOGLICEMICA	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SND	12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	22 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN 25:25 06:30
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H	10 22
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18:30
13	INSULINA REGULAR 10UI 30MIN ANTES DO CAFÉ DA MANHÃ E JANTAR	18 06
14	INSULINA NPH 05UI 30MIN APÓS JANTAR	20
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	Curativo
19	DEXTRO 6/6H <i>Aparição com pct.</i>	12 18 24 06
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, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA SEM QUEIXAS ALGICAS
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028
6 H	PA	FC	FR	
12 H	128x81	74	36,5°C	
18 H				
24 H				

2 - Dextro 300mg/dl, feito correção com 4UI de IR, SC

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *TELMA ANA J. DA SILVA*

Leito: *225-5*

Data: *04/02/19*

Localização	 Região: <i>MID</i> Grau: I () II (☒) 2		 Região: _____ Grau: I () II ()	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serosanguíneo () Seco () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Emiliana do N. Silva</i> <i>Enfermeira</i> <i>CRP 114</i>		<i>Bráulio S. Pereira</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>CRP 618359</i>	
Observações:	_____ _____ _____			

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE TELMA ANA JORGE					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA PERNA D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-5	DATA	05/12/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE HIPOGLICEMICA				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
13	INSULINA REGULAR 10UI 30MIN ANTES DO CAFÉ DA MANHA E JANTAR				
14	INSULINA NPH 05UI 30MIN APÓS JANTAR				
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19	DEXTRO 6/6H				
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, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA SEM QUEIXAS ALGICAS # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

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

05/12/19 em visita com Dr. Marcelo Amadeu
em apresentando ferida de bom aspecto sem
sinais flogísticos, com fixação externa satis-
fatória por radiografia e presente sem
indicação cirúrgica no momento até melhora da

126-5



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 Carlos 42 ANOS;
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20.11.19, COM
DIAGNÓSTICO DE fx. exposta de perna
NO DIA 20.11.19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fixação externa de fratura de perna SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Pedro
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 05.12.19, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20.12.19, ÀS 10:30, COM O
DR. Elder

H612

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

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

BOA VISTA, 05.12.19

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2026
MÉDICO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: TELMA ANA JORGE DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLEIRA
PROFISSÃO: _____ RG: 181484
CPF: 650.433.832-91 ENDEREÇO: ESTRELA CADENTE Nº 730
BAIRRO: PARA DO SOL CIDADE: BOA VISTA RR
CEP: 69.316-074

VÍTIMA: TELMA ANA JORGE DA SILVA
CPF: 650.433.832-91 DATA DO SINISTRO: 30/11/19
NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA :

NOME: WILLIAN GONÇALVES FRANCO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: DOCTOR
Nº DO RG: 239217 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.326.343-20
ENDEREÇO: R. CC-11, 294 - LAURA MOREIRA

PODERES:

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

BOA VISTA RR, 03 de JANEIRO de 2020.



TELMA ANA JORGE DA SILVA
-Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aldeia Verde, 4307 - Aldeia Verde - Boa Vista/RR
Fone: (68) 3627-4111
Email: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

1696675e0b1fa864cf
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1- TELMA ANA JORGE DA SILVA

Em testemunho da verdade. LFB
Do que dou fé. Boa Vista RR, 03 de janeiro de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.selr.com.br
REC FIR 168295YGC FB9KUSKTGE0811

Emolumentos: R\$ 2,45 - Fundos ISS: R\$ 0,55 - SELOR: R\$ 1,40 - Total: R\$ 4,40

1696675e0b1fa864cf
Escritura Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084600/20

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

CPF: 650.433.832-91

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TELMA ANA JORGE DA SILVA

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

TELMA ANA JORGE DA SILVA : 650.433.832-91

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: 09/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106596 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/4/5/6/7_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106596 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 3/4/5/6/7_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084600/20

Vítima: TELMA ANA JORGE DA SILVA

CPF: 650.433.832-91

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TELMA ANA JORGE DA SILVA

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

TELMA ANA JORGE DA SILVA : 650.433.832-91

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: 09/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



Telma Ana Jorge da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 181484

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/02/2018

NOME TELMA ANA JORGE DA SILVA

FILIAÇÃO PEDRO EDUARDO DA SILVA
LUCIANA JORGE DA SILVA

NATURALIDADE BONFIM - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 84331 FLS 136 LIV 124

BOA VISTA-RR

650.433.832-91

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Proprietário de Imóveis
Barragem do Rio

DATA DE NASCIMENTO 25/11/1977

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

P1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

 Polegar Direito



William gonçalves franco
assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

DOC. ORIGEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI
Partido Populista de Polícia Civil
Diretor do IIGG

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CNPJ: 05.503.467/0001-13
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.955.425-3
RUA HELYN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 85.396-010

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Endereço para entrega:

RUA DO 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
OS BOA VISTA RR 69317-633

Inscrição 001.033.011.0169.000	Rota 5	Seq.Rota 1189	Quantidade de Economias RESIDENCIAL
Hidrometro NÃO MEDIDO	Data de instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT.		10	
LEITURA INF.			0
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0
201911 10-0
201910 10-0
201909 10-0
201908 10-0
201907 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	ELUOL
EXIGIDAS	180	180	180	180	180
ANALISADAS	189	189	189	189	189
CONFORMES	189	189	189	189	189

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 12/2019		4,77
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,47

VENCIMENTO: 15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF 825-396-343 / 20
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Helma Maria Jorge da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 650.433.832/91 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Helma Maria Jorge da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.433.832/91, 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>Lourdes Moreira</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69318-085</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99113-3855</u>

Boa Vista RR 02 de Março de 2020
Local e Data

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0042685-7

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

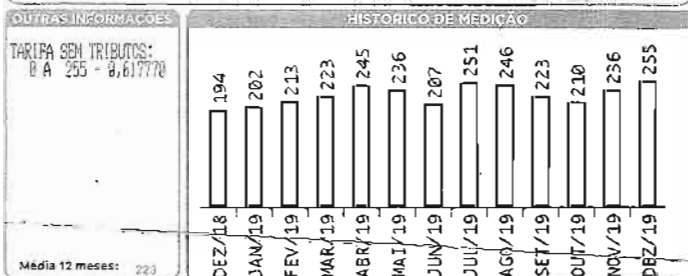
Nº da Nota Fiscal 4224895

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM

CONTA RES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	255	232,33
TELMA ANA JORGE DA SILVA		CPF: 00065043383291	
R. ESTRELA CADENTE 730 - RAIAR DO SOL			
P: 09.316-074 - BOA VISTA			

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 25361	Atual: 16/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 25104	Anterior: 14/11/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 14/01/2020	Ligação: 10/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 16/12/2019	Número Medidor: E2739344
Consumo medido: 255	Apresentação: 16/12/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 255		Modalidade: 1.1500373

CONSUMO	255 A R\$ 0,760131 =	193,83
CORRECAO MONETARIA DA 10/19-00		0,02
CORRECAO MONETARIA IG 10/19-00		0,99
MULTA POR ATRASO DE 10/19-00		0,94
JUROS DE MORA POR ATR 10/19-00		0,29
MULTA POR ATRASO 10/19-00		3,23
JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00		1,50
ILUMINACAO PUBLICA		31,53



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/12/2019. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
11/2019 220,69

LIGUE 08007019120 E PAGA OPCAO VENCIMENTO 16 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

ECB3-DD9F-6D9B-EEC6-1ED1-0589-4003-0890

COMPOSICAO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUICOES - R\$	
Energia:	185,11	Encargos:	5,97	Base de Cálculo:	193,83
Distribuição:	46,16	Tributos:	36,29	ICMS:	17,00%
Transmissão:	6,00			PIS:	12,38%
				COFINS:	1,42%

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC	FIC	DMIC	DIORI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92
Realizado	1,20	1,00	1,20		
Conjunto	DISTRITO				Período de apuração: 10/2019
					EUSD: 68,90

ROT: 29.001.22.01.019200



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0042685-7

TOTAL A PAGAR - R\$
232,33

MÊS FATURADO
12/2019

VENCIMENTO
11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4224895

FCAM*

83670000002 6 32330075000 3 00000000042 2 68571219008 9



SEQ.: 0129 UC: 0042685-7 DT.LEIT.: 16/12/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 25361 NORMAL TOTAL: 232,33 CARGA: 001
DT.VENC.: 11/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4171