

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:
2784069920200722162616

Processo 0800604-21.2020.8.23.0030 ☆ - (11 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

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:

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<div>[-]</div>	11	22/07/2020 16:26:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (12/07/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div><div><div>11.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2736790CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div><div><div>11.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2736790CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div><div><div>11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div></div>				
10	20/07/2020 11:58:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de VALMIR MARTINS DOS SANTOS) em 20/07/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (12/07/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	Wallyson Barbosa Moura Advogado	
9	14/07/2020 16:09:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 14/07/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (12/07/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
8	14/07/2020 13:42:34	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (12/07/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO Analista Judiciário	
7	14/07/2020 13:42:34	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de VALMIR MARTINS DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (12/07/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO Analista Judiciário	
<div>[+]</div>	6	12/07/2020 15:36:23	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	EVALDO JORGE LEITE Magistrado
5	10/07/2020 17:10:33	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	
4	10/07/2020 17:10:33	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	
3	10/07/2020 17:10:33	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	
2	10/07/2020 17:10:33	DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA Vara Cível Única de Mucajaí	SISTEMA CNJ	
<div>[+]</div>	1	10/07/2020 17:10:32	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

Processo: 08006042120208230030

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 **VALMIR MARTINS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/02/2020**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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.

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

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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

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.

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,

MUCAJAI, 22 de julho 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%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **VALMIR MARTINS DOS SANTOS**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08006042120208230030.

Rio de Janeiro, 22 de julho 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

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorreto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração Circular SUSEP 445/12	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois o entregue está incompleto/incorreto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/01/2020, emitida pelo Dr. ILEGÍVEL, CRM nº 000 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 4 - Nome completo da vítima: Valmir Martins dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Vítima conhecido: Valmir Martins dos Santos 6 - CPF: 694.398.934-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Av. Principal 9 - Número: 79 10 - Complemento:
11 - Bairro: Confins Pioneiro 12 - Cidade: Mucajai 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69439-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3855

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\$1.20 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 POUQUANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: 4575 CONTA: 00022996 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

Se sou o responsável pela 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007216/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/02/2020 11:21 Data/Hora Fim: 17/02/2020 11:38
Origem: Polícia Judiciária Data: 17/02/2020
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/12/2019 22:00

Local do Fato

Município: Mucajaí (RR)

Logradouro: RR-325

Complemento: Estrada que liga o Município de Mucajaí à Vila do Apiaú

Ponto de Referência: Depois do trevo

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALMIR MARTINS DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 05/01/1969	Idade: 51 anos
Naturalidade: AL - São Miguel dos	Profissão: Operador de Máquina	Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Severina Martins dos Santos			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 694.398.934-00

RG - Carteira de Identidade: 2878155-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av.: Principal

Nº: 74

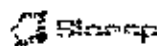
Complemento: Casa

Bairro: Conjunto dos Pioneiros

Telefone: (95) 99967-6060 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 125.517.831-00	Placa NAY-9144
Renavam 01002693826	Número do Motor G3C5E-003092
Número do Chassi 9C6DG2520F0000989	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor CINZA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER E
Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 17/02/2020 11:39
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

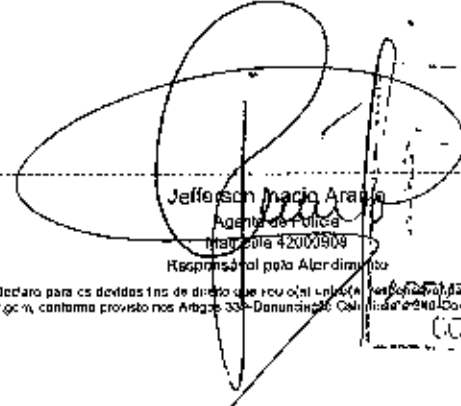
Nº: 007216/2020

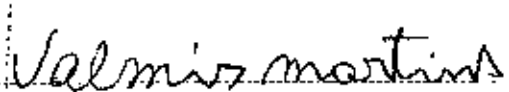
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valmir Martins dos Santos	Possuidor

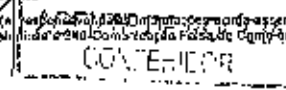
RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não é habilitado, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo na motocicleta devidamente descrita acima de propriedade de GENEZIO LOPES DE ARAUJO. Que perdeu o controle da motocicleta, se desequilibrou e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido para o hospital. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42003909
Responsável pelo Aterramento


Valmir Martins dos Santos
(Vítima / Comunicante)



"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) autor(a) desta ocorrência, e que as informações apresentadas o(s) relato(s) que podem ser utilizados para a presente declaração que os órgãos, conforme previsto nos Artigos 339 - Denúncia e 340 - Comunicação de Fato, do Código de Processo Penal Brasileiro."

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: 4 - Nome completo da vítima: Valmir Martins dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Vítima conhecido: Valmir Martins dos Santos 6 - CPF: 694.398.934-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Av. Principal 9 - Número: 79 10 - Complemento:
11 - Bairro: Confins Pioneiro 12 - Cidade: Mucosai 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69439-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9913-3855

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: ☒ RECUSE INFORMAR ☐ R\$1.20 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 POUQUANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: 4575 CONTA: 00022996 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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.

Se sou o responsável pela 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ 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 tenha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):
36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4541335

ROSE APARECIDA RODRIGUES

AV PRINCIPAL CASA, 74 ,

CONJUNTO DOS PIONEIROS 69340000 MUCAJAI

RR

CÓDIGO ÚNICO 5490049	MÊS 01/2020	PERÍODO DE CONSUMO 27-DEC-19 a 29-JAN-20
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 14-FEB-20	TOTAL A PAGAR R\$ 46,86

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 5490049	MÊS 01/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 46,86
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.468600750003.000000005496.004901200057



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

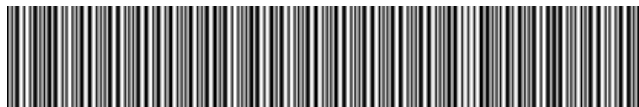
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valmir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Valmir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00, 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>Oura Memória</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-085</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>			Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para 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/BIBLIOTECASWEB/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 Francoinscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343, 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioJosé Erick Guimarães Brancos inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.446.552, 15.do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Erick Guimarãesinscrito (a) no CPF sob o Nº 100.446.552, 15, 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 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 23 de Abril de 2020William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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/CNPJ 835.396.343 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Valmir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Valmir Martins dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 694.398.934 / 00, 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 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Saura Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-085</u>	Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 29 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação/Reclassificação

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

Reclassificação

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

Reclassificação

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

1901200990 23/12/2019 00:10:18 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 2

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF 07 Prontuário

VALMIR MARTINS DOS SANTOS 05/01/1969 50 A 11 M 18 D

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

M M NAO Parda C Brasileira

Mãe SEVERINA MARTINS DOS SANTOS

Endereço RUA - - SN - - BOA VISTA - RR

Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° 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

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA SAMU CAPITAL CLAUDECI.RODRIGUES

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

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL 2
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Paciente confuso não sabe dizer o que ocorreu. Relato dor em hemitórax e dificuldade p/ respirar.

Exame Físico

A = vs. periorais, p/ emicardio C = PP < 3 s, pele estorcel

B = tórax assimétrico, doloroso D = SCA 13

C = enfisema em H+X (E) E = membros + alterações

Hipótese Diagnóstica

Pneumotorax (E)

Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

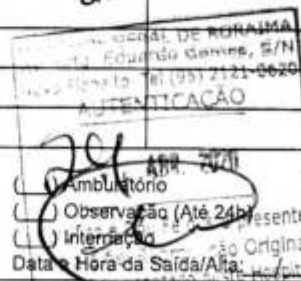
APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Drenagem de tórax em sítio d'água

2) Tramadol 100mg + SFO 9% 100ml (E) - 01:30hs

Dra. Larissa K. Medeiros
Médica
CRM-RR 2138



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: claudeci.rodrigues
Data Hora: 23/12/2019 00:13:12

1901200990

Alter: 01/01/2020



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

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valmir Martins dos Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

177224

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/01/69

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Suzanna Martins dos Santos

11 - TELEFONE DE CONTATO 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 vítima de trauma de entrada no hospital com queixa de dor em HTX @.
Ao exame: assimétrico de tórax + enfisema subcutâneo extenso @.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima

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

Exame físico + Rx

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Pneumotórax

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dreno de tórax em selo d'água @.

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

X CPF

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

009101137200

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Larissa Madureira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/12/19

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

Dr. Larissa M. Madureira
Médica
CRM-RR 2138

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

23/12/19

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

0412040166
5270
W499



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Descrição de Procedimento

Nome: **VALMIR MARTINS DOS SANTOS**

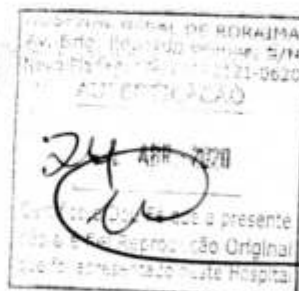
Profissionais: Dr. ARNALDO / LARISSA MADUREIRA

Data: 23/12/19

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º EIC, linha axilar média, em hemitórax "E", superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4- Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecação romba com avaliação digital, com saída de sangue (300ml) e ar sob pressão.
- 5- Passagem de tubo fenestrado nº 34 em sentido póstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 0-0 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante).
- 10- Solicito Rx de tórax após passagem de dreno.


Dr. Larissa N. Madureira
Médica
CRM-RR 2138


Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM-RR 177 / RQE: 178
Cirurgião Geral





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



20-3

ALERGIA: NÃO: ☒ SIM: ☐

NOME	VALMIR MARTINS DOS SANTOS				LEITO	GT	DATA	23/12/19		
1	Dieta livre				5262					
2	AVP									
3	Cefalotina 1g EV 6/6h	305P			66	12-18-24				
4	Dipirona 2g EV de 4/4h				66	12-18-24				
5	Tramadol 100mg + SFO, 9% 100ml EV SN				SN	12-18-24				
6	Ondansetrona 8mg EV de 8/8h SN				SN					
7	Omeprazol 40mg EV 1x/dia				66					
8	Captopril 25 mg 1cp VO se PAS \geq 160mmHg E/OU PAD \geq 110mmHg				Alvecos					
9	Fisioterapia respiratória 1x/dia									
10	Curativo diário				M					
11	Insulina Regular conforme esquema									
12	Anotar débito e aspecto do dreno									
13	SSVV + CCGG									
14	AO BLOCO, SE VAGA									
15										
16										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			

Dr. Valmir K. Martins
Otorrinolaringologista
CRM-RR 2130

Dr. Valmir K. Martins
Otorrinolaringologista
CRM-RR 2130

66-12-18-24

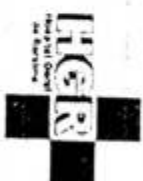
66-12-18-24

Isabel Filizzola
Enfermeira
COREN-RR 56.794-EWF

120-3

HEMOPNEUMOTÓRAX E
Anotação da Enfermagem

SAV-14
PA: 13+8
FC: 75 bpm



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA	24/12/2019		
1.		Dieta oral livre					HD	HMPNTX		
2.		Clavulin 1,2g, EV, 8/8h								
3.		Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia								
4.		Dipirona 1g, EV, 6/6h								
5.		Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN								
6.		Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, 8/8 h, SN								
7.		SSV + CCGG								
8.										
9.										
10										
SINAIS VITAIS										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			

[Handwritten signature]
CD: mantida
Chefe da visita: Dr.

[Handwritten signature]
24

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Valmir M. dos Santos*

Leito: *120 - 3.*

Data: *24/11/19*

Localização			Região: <i>Dreno</i>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<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 _____		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Rosileide</i>		<i>Jucilene M.</i>		
Observações:	 				



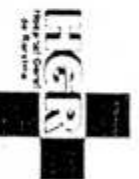
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA		25/12/2019	
1. Dieta oral livre							HD		HMPNTX	
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h							EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:			
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia							Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. De dreno: 500 mL.			
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h							CD: mantida + solicito radiografia de tórax.			
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN							Chefe da visita: Dr.			
6. Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100ml, EV, SN										
7. SSVV + CCGG										
8.										
9.										
10										
SINAIS VITAIS										
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC						< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC			
FR						251-300	04 UI - SC			
DIURESE						301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC			
CURATIVO						>400	10 UI - SC			
							CHAMAR PLANTONISTA			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3


CIRURGIA GERAL

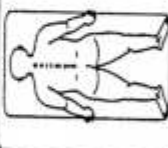

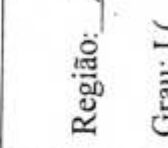



ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BLA 120-3		DATA	26/12/2019			
1. Dieta oral livre					HD		HMPNTX					
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h												
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia												
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h												
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN												
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN												
7. SSVV + CCGG												
8.												
9.												
10												
SINAIS VITAIS												
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular		HORA	DEXTRO	INSULINA	
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV					
FC						< 200	0 UI - SC					
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC					
FR						251-300	04 UI - SC					
DIURESE						301-350	06 UI - SC					
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC					
CURATIVO						>400	CHAMAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, com queixa algica em local de inserção do dreno, sem outras queixas.
Déb. de dreno: 300 ml.
CD: mantida + aguardo diminuição de déb e melhora da coloração para programação de alta.
Chefe da visita: Dra. Liana

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: Valmir mantens dos Santos		Data: 26/12/2019			
Leito: 120-3					

Localização			Região: <u>coxa L.E.</u>		Região: <u>MSD</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Dreno</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: <u>Dreno</u> <u>tração</u>		Grau: I () II (X)		Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada. (X) Dreno/Sonda () Outros			() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			(X) Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco			() Molhado (X) 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 (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Larissa Alves, MSc. Téc. em Enfermagem COREN-RR 415212-AE	 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415212-AE			
Observações:					



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

120-3

NOME		Valmir Martins Dos Santos				LEITO	BLA 120-3	DATA		27/12/2019	
1. Dieta oral livre								HD		HMPNTX	
2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h											
3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia											
4. Dipirona 1g, EV, 6/6h											
5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN											
6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN											
7. SSVV + CCGG											
8.											
9.											
10											
<p><i>Prescrição Médica</i> Valmir Martins Dos Santos Cirurgia Geral 01/12/2019</p>											
SINAIS VITAIS											
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA	
PA						< 70	Glucose 50% 40 ml EV				
FC						< 200	0 UI - SC				
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC				
FR						251-300	04 UI - SC				
DIURESE						301-350	06 UI - SC				
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC				
CURATIVO						>400	10 UI - SC				
							CHAMAR PLANTONISTA				

nota me = 1 no caso deixo sem.

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. de
dreno: 100 ml de coloração sangüinolenta
em 2h (de 23h).
CD: mantida + solicito radiografia de tórax.
Chefe da visita: Dr. Éder



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA		28/12/2019		
1.		Dieta oral livre					HD	HMPNTX			
2.		Clavulin 1,2g, EV, 8/8h					<p>EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:</p> <p>Pct no leito, deambula, sem queixas. Deb, de dreno: 200 ml de coloração sanguinolenta.</p> <p>CD: mantida + aguardo 5 dias de dreno para programar retirada.</p> <p>Chefe da visita: Dr. Éder</p>				
3.		Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia									
4.		Dipirona 1g, EV, 6/6h									
5.		Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN									
6.		Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100ml, EV, SN									
7.		SSV + CCGG									
8.											
9.											
10											
SINAIS VITAIS											
HORÁRIO		12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA		DEXTRO	INSULINA
PA						< 70	Glicose 50% 40 ml EV				
FC						< 200	0 UI - SC				
TEMPERATURA						201-250	02 UI - SC				
FR						251-300	04 UI - SC				
DIURESE						301-350	06 UI - SC				
EVACUAÇÃO						351-400	08 UI - SC				
CURATIVO						>400	10 UI - SC				
							CHAMAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

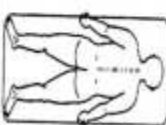







Atualizada: 12/2018

Paciente:

Leito: 120-3

Valéria Martins dos Santos

Data: 08/12/13

Localização	 	Região: <u>braço e</u>	 	Região: <u>coxa</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I (X) II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> Fixador Externo () ortopedia (X) Outro: <u>laceração</u>	Grau: I (X) II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada (X) Dreno/ Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) 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%	(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 (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

Nome

Matheus Martins Dos Santos

LEITO

BLA 120-3

DATA

29/12/2019

1. Dieta oral livre

D5 2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h

3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia

4. Dipirona 1g, EV, 6/6h

5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN

6. Furosemida 40mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN

7. SSVV + CCGG

8.

9.

10

SINAIS VITAIS

HORARIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

12H

18H

24H

06H

< 70

Glucose 50% 40 ml EV

HORA

DEXTRO

INSULINA

TEMPERATURA

12H

18H

24H

06H

< 200

02 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

FR

12H

18H

24H

06H

251-300

04 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

DIURESE

12H

18H

24H

06H

301-350

06 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

EVACUAÇÃO

12H

18H

24H

06H

351-400

08 UI - SC

HORA

DEXTRO

INSULINA

CURATIVO

12H

18H

24H

06H

>400

CHAMAR PLANTONISTA

HORA

DEXTRO

INSULINA

CD: mantida + Solicito Rx de torax.
Chefe da visita: Dr. Éder e Dr. Alexander.

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Deixado no leito, deambula, sem queixas. Deixado de
dieta: 150 ml de coloração sanguínea.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

Nome

Leandro Martins Dos Santos

LEITO

RLA 120-3

DATA

30/12/2019

1. Dieta oral livre

D8 2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h

3. Oxazepam 40 mg, EV, 1x/dia

4. Digoxina 1g, EV, 5/5h

5. Sulfato 2mg, EV, 3/4h, SN

6. Heparina 4 + SF 0,5% 100ml, EV, SN

7. SMM - C006

8.

9.

10

Dr. Leandro Martins Dos Santos
Chefe da visita: Dra. Liana

CD: mantida + solicito TC de tórax (para melhor avaliação de secreção sangüinolenta)
Chefe da visita: Dra. Liana

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

30 no leito, deambula, sem queixas. Deu de
creno: 100 ml de coloração sangüinolenta.

HD

HMPNTX

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

FC

TEMPERATURA

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

< 70

Glicose 50% 40 ml EV

< 200

0 UI - SC

201-250

02 UI - SC

251-300

04 UI - SC

301-350

06 UI - SC

351-400

08 UI - SC

>400

10 UI - SC
CHAMAR PLANTONISTA

Abordagem de
paciente de 70 anos, com
BOM, segue acompanhamento
e laboratório 500 ml de
SF0,9%.

Alana B. Mendes
Enfermeira
CORRIGIR - 187.097



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



120-3

70

CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME

Valmir Martins Dos Santos

LEITO

BLA 120-3

DATA

31/12/2019

1. Dieta oral livre

D9

2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h

3. Omeprazol 20 mg, EV, 1x/dia

4. Dipirona 1g, EV, 6/6h

5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN

6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN

7. SSVV + CCGG

8.

9.

10

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

12H

18H

24H

06H

DEXTRO

Insulina Regular

HORA

DEXTRO

INSULINA

PA

FC

TEMPERATURA

FR

DIURESE

EVACUAÇÃO

CURATIVO

< 70

Glicose 50% 40 ml EV

< 200

0 UI - SC

201-250

02 UI - SC

251-300

04 UI - SC

301-350

06 UI - SC

351-400

08 UI - SC

>400

10 UI - SC
CHAMAR PLANTONISTA

HD

HMPNTX

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:

Pct no leito, deambula, sem queixas. Deb. de dreno: 0 ml de coloração límpida.

CD: mantida + aguardo resultado de TC de tórax (para melhor avaliação de secreção sangüinolenta)

Chefe da visita: Dr. Éder e Dr. Alexander

Indicações da farmácia



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME	Valmir Martins Dos Santos			LEITO	BL A 120-3	DATA	01/01/2020
DIO	1. Dieta oral livre					HD	HMPNTX
	2. Clavulin 1,2g, EV, 8/8h				08 36 24		
	3. Omeprazol 40 mg, EV, 1x/dia				08		
	4. Dipirona 1g, EV, 6/6h				12 38 24 06		
	5. Ondansetrona 8mg, EV, 8/8h, SN				50		
	6. Tramal 100 mg + SF 0,9% 100ml, EV, SN						
	7. SSV + CCGG						
	8. ALTA HOSPITALAR						
	9.						
	10						
SINAIS VITAIS							
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA
PA					< 70	Glicose 50% 40 ml EV	DEXTRO
FC					< 200	0 UI - SC	INSULINA
TEMPERATURA					201-250	02 UI - SC	
FR					251-300	04 UI - SC	
					301-350	06 UI - SC	
DIURSE					351-400	08 UI - SC	
EVACUAÇÃO						10 UI - SC	
CURATIVO					>400	CHAMAR PLANTONISTA	

Alta !!!

EVOLUÇÃO MÉDICA DO DIA:
Pct no leito, deambula, sem queixas. Déb. de dreno: 0 ml de coloração límpida.
CD: mantida + solicitado radiografia de tórax (sem alterações dignas de nota ou que justifiquem a sua internação) retiro dreno de tórax + alta hospitalar.
Chefe da visita: Dr. Éder



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

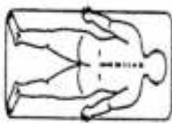



Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Valmir moutinho dos Santos*

Leito: *120-3*

Data: *01/01/2020*

Localização	 		Região: <i>MSD</i>	 		Região: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)		<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<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"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" 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"/> 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
Profissional que realizou procedimento:	<i>Renata Vanessa</i>		<i>Carissa Alves Mota</i> Técnica de Enfermagem CRP-RR 1291-28 - 11				
Observações:	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>						



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA

NOME: Valmir Martins Dos Santos
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/2019
DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO: 23/12/2019
DATA DA ALTA: 01/01/2020
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dra. Larissa Madureira

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à esquerda

TRATAMENTO

Toracostomia em selo d'água à esquerda

EVOLUÇÃO

Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta hospitalar, recebe-a.

ORIENTAÇÕES

1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.
4. Retornar ao pronto socorro se febre, dor intensa, falta de ar, sinais de infecção em ferida ou dúvidas.

Médico(a)

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020

PACIENTE: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

DATA: 05/02/2020

EXAME: TC DE TÓRAX

MÉDICO SOLICITANTE: CLEUDER CORDEIRO GANEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica: Foram realizados cortes axiais através da técnica multislice, sem a infusão de substância de contraste iodado, incluindo técnica de alta resolução para o parênquima pulmonar.

Análise das imagens:

Espessamento pleural apical com algumas estrias atelectásicas, residual.

Espessamento de brônquios.

Não há evidências de lesões consolidativas no parênquima pulmonar.

Traqueia e brônquios principais pèrvios.

Nódulo calcificado no segmento posterior do lobo superior direito, medindo cerca de 0,4 cm, residual.

Nódulo calcificado no segmento basal lateral do lobo inferior direito, medindo cerca de 0,3 cm, residual.

Fratura consolidada, desalinhada, no 7º, 8º e 9º arco costal posterior à esquerda.

Ausência de derrame pleural.


Não há sinal de linfonodomegalias mediastinais.

Osteófitos anteriores na coluna torácica.

Conclusão:

- 1. Espessamento de brônquios.**
- 2. Não há evidências de lesões consolidativas no parênquima pulmonar.**
- 3. Nódulo calcificado no segmento posterior do lobo superior direito, medindo cerca de 0,4 cm, residual.**
- 4. Nódulo calcificado no segmento basal lateral do lobo inferior direito, medindo cerca de 0,3 cm, residual.**
- 5. Fratura consolidada, desalinhada, no 7º, 8º e 9º arco costal posterior à esquerda.**
- 6. Não há sinal de linfonodomegalias mediastinais.**

O exame foi analisado e armazenado de maneira digital (PACS) e documentado de maneira analógica.



Dr. Juan Carlos de Sousa Marinho Vila
CRM 8769-AM



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Valmir Martins Dos Santos foi admitido no dia 23/12/2019 pela equipe de cirurgia geral e permaceu por este período aos nossos cuidados.

Recebe alta hoje, dia 01/01/2020 e necessitará de **15 dias, a contar da data de alta hospitalar**, de repouso de suas atividades laborais para fins de sua recuperação.

Médico(a) *Chimaira J. Silva*

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA

NOME: Vaimir Martins Dos Santos

DATA DA INTERNAÇÃO: 23/12/2019

DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO: 23/12/2019

DATA DA ALTA: 01/01/2020

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dra. Larissa Madureira

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à esquerda

TRATAMENTO

Toracostomia em selo d'água à esquerda

EVOLUÇÃO

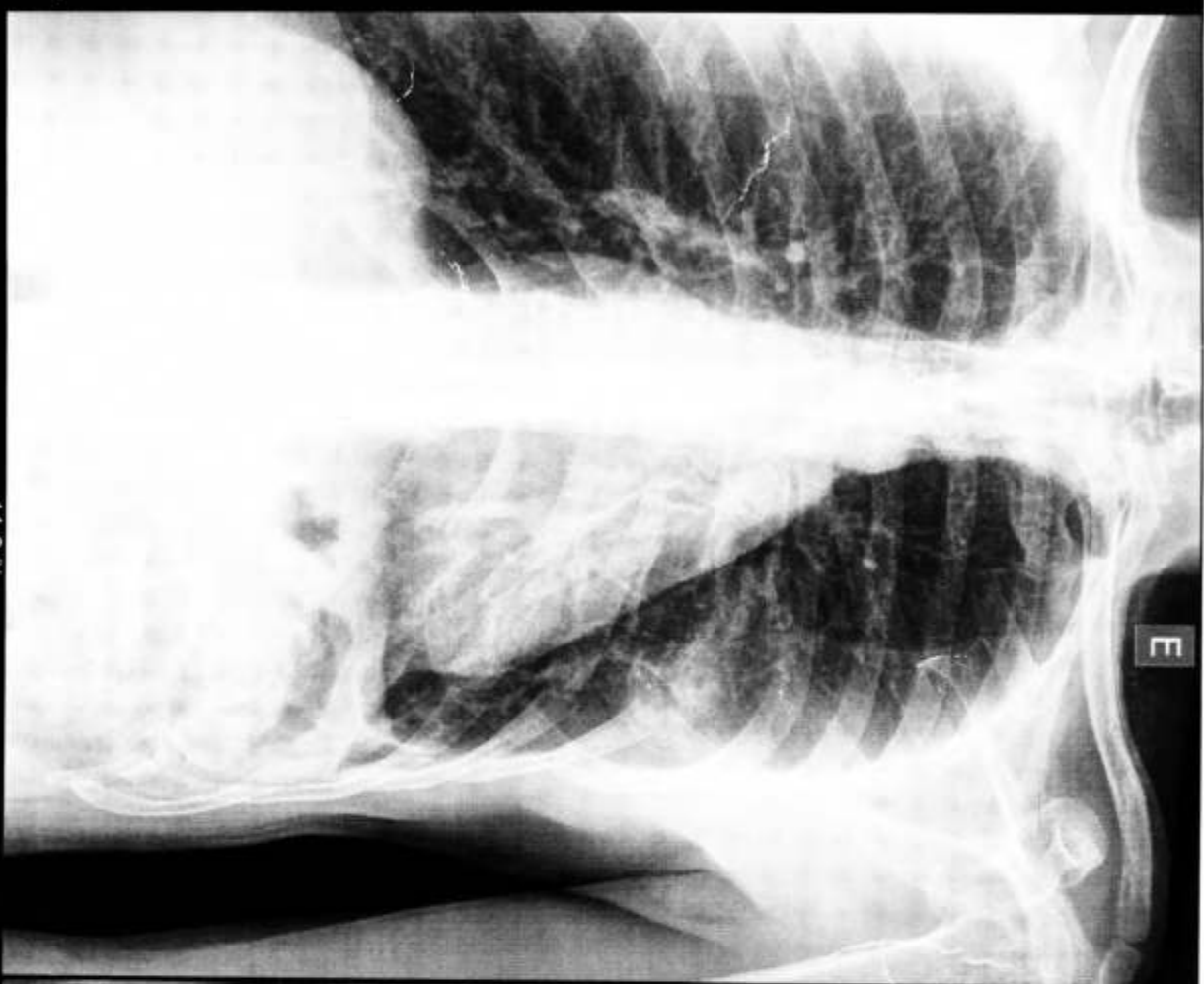
Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta hospitalar, recebe a

ORIENTAÇÕES

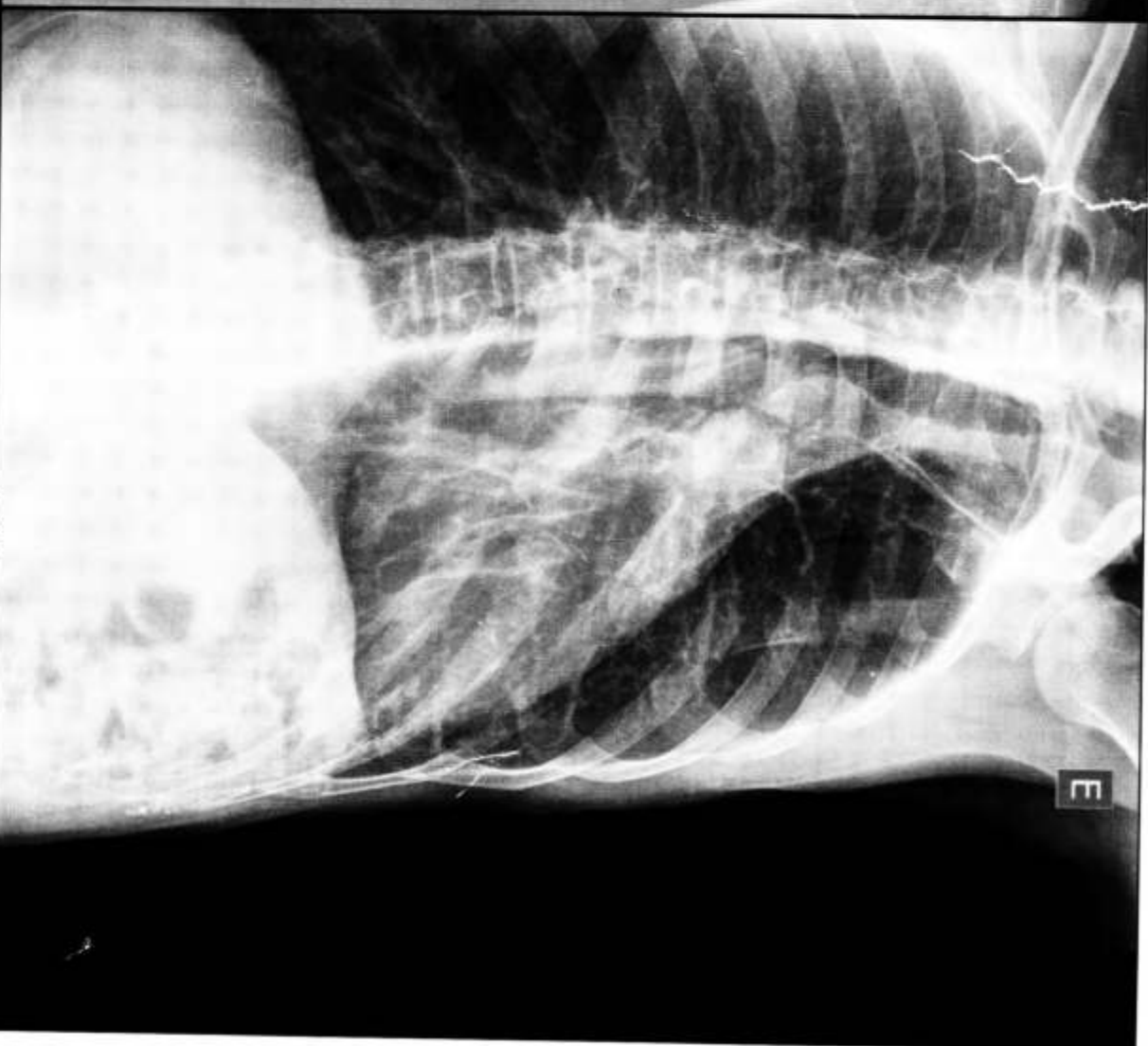
1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.
4. Retornar ao pronto socorro se febre, dor intensa, falta de ar, sinais de infecção em ferida ou dúvidas.

Médico(a)

Boa Vista-RR, 1 de janeiro de 2020



41.8 %



41.8 %

Biolider

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

116663

05/01/1969

BIOIDER

05/02/2020

Tec.: THIAGO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
694.398.934-00

Nome
VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Nascimento
05/01/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05/01/1969

CÓDIGO DE CONTROLE
5B86.2F9C.ECD0.41EC

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 16:04:23 do dia 07/05/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2878155-4 08/10/2014

VALMIR MARTINS DOS SANTOS

SEVERINA MARTINS DOS SANTOS

SAO MIGUEL CAMPOS-AL 05/01/1969

MAT. 33760155-1982-1-17-213-200

39-90 SAO MIGUEL DOS CAMPOS-AL

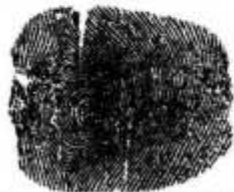
PI154-MPM 2A VIA

7.116 DE 2008-03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA 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

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

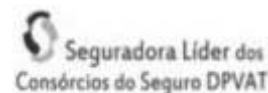
AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Partido Político Brasileiro do Partido Civil
Secretaria de Identificação

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

VALMIR MARTINS DOS SANTOS : 694.398.934-00

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: 08/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171871 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À ESQUERDA COM DERRAME PLEURAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171871 **Cidade:** Mucajaí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Valmir Martins dos Santos
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Motorista RG: 2878155-4
CPF: 694.398.934-00 ENDEREÇO: Rua Principal Cpo. 74.
BAIRRO: Conf. dos Mionica CIDADE: Mucabi
CEP: 69.340-000.

VÍTIMA: Valmir Martins dos Santos
CPF: 694.398.934-00 DATA DO ACIDENTE: 23.12.2019
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor ÓRGÃO EMISSOR: SESP/R
Nº DO RG: 939717
DATA DE EMISSÃO: 13/10/2016
Nº CPF: 825.396.543-20
ENDEREÇO: Rua C.O. 18.293 Lavoura Moura

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Imobilidade, 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, 17 de Fevereiro de 2020

CARTÓRIO
LOUREIRO

Valmir Martins dos Santos
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TOMILHO E REGISTRO
AV. VILLE NOVA 1500 - F. 1º AND - BOA VISTA/RR - TEL. 791 50744007 - ATENDIMENTO: 08h às 18h
REC. AUT. EM: 17/02/2020
Assinatura(s): Valmir Martins dos Santos
CK. Em testemunho: 17 de Fevereiro, Boa Vista, 17/02/2020
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10V
Selo: REC.FIR150349 OOH4VBJ25MMF18 Nº Ticket: 00362
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalseiirr.com.br>
CPF Solicitante: 46380736204

William Gonçalves Franco
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento, Dou fé.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Número do Sinistro: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 29/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

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

VALMIR MARTINS DOS SANTOS : 694.398.934-00

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: 08/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134119/20

Número do Sinistro: 3200171871

Vítima: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 694.398.934-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2019

Titular do CPF: VALMIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 20/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO