

## 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:**  
**2786944620200724151442**

### Processo 0817743-46.2020.8.23.0010 ☆ - (10 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
<input type="checkbox"/>	11	24/07/2020 15:14:42	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	11.1	Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2737127CONTESTACAO01.pdf Público
	11.2	Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2737127CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
	11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
	10	20/07/2020 12:09:26	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de ANDRE FERREIRA DOS SANTOS) em 20/07/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/07/2020) e ao evento de expedição seq. 9. <b>Advogado</b>
	9	16/07/2020 07:25:09	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de ANDRE FERREIRA DOS SANTOS com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (15/07/2020) <b>Analista Judiciário</b>
<input type="checkbox"/>	8	16/07/2020 07:23:35	<b>JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO</b> <b>Analista Judiciário</b>
	7	16/07/2020 07:20:54	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 24/10/2020 (100 dias) <b>Analista Judiciário</b>
<input type="checkbox"/>	6	15/07/2020 08:25:40	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b> <b>Magistrado</b>
	5	13/07/2020 18:26:41	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b> SISTEMA CNJ
	4	13/07/2020 18:26:41	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> SISTEMA CNJ
	3	13/07/2020 18:26:41	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição SISTEMA CNJ
	2	13/07/2020 18:26:41	<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 6ª Vara Cível SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	13/07/2020 18:26:40	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b> Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo: 08177434620208230010**

**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 **ANDRE FERREIRA 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 **16/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/05/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, 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/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 11/05/2020 após 8 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/09/2019, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

### **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, CPC<sup>3</sup>.

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

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

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

---

<sup>3</sup>“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)

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/09/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

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

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

---

<sup>4</sup>RECURSO 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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 675,00 (SEISCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

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 ação<sup>7</sup>

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**

---

<sup>5</sup>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.”

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

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

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

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

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

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

### **CONCLUSÃO**

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 24 de julho de 2020.

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**



### QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### TABELA DE GRADAÇÃO

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **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 **ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08177434620208230010.

Rio de Janeiro, 24 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, 13 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200173522**

**Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDRE FERREIRA 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, 27 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200173522**

**Vítima: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 16/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000036086-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

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: **760.354.172-72** 4 - Nome completo da vítima: **Aubré Ferreira dos Santos**

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

5 - Nome completo: **Aubré Ferreira dos Santos** 6 - CPF: **760.354.172-72**

7 - Profissão: **Autônoma** 8 - Endereço: **Av. Padre José de Anchieta** 9 - Número: **660/02** 10 - Complemento: **apt 2**

11 - Bairro: **vd. Primavera** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314-214**

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **(95) 9 9119-0143**

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **36086** **7** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Boa Vista, 11/05/2020**

**X Aubré Ferreira dos Santos**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**[Assinatura]**  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015447/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/05/2020 11:38 Data/Hora Fim: 11/05/2020 11:49  
Origem: Data: 11/05/2020  
Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 16/09/2019 01:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Pintolândia  
Logradouro: rua S 12 c N 13

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 09/01/1983 Idade: 37 anos  
Naturalidade: PA - Itaituba Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Fundamental Completo  
Estado Civil: Casado(a)  
Nome da Mãe: Anita Ferreira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 760.354.172-72  
RG - Carteira de Identidade: 238215

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA: PADRE ANCHIETA ESQUINA COM RUA ANTARES Nº: 660 ap 02  
Complemento: casa  
Bairro: Jardim Primavera  
Telefone: (95) 98413-0800 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Informa que vinha conduzindo a motoneta -HONDA/BIZ 100 ES Placa: NAP 7457 Chassi: 9C2HC1420DR039849 Renavam: 00550394338 de propriedade de SEBASTIAO DA SILVA RIBEIRO pela Rua S 12 sentido bairro centro e quando ao cruzar a Rua N 13 foi colidido por um veiculo que vinha em alta velocidade e com as luzes apagadas que causou o acidente e evadiu-se do local sem presta socorro a a vitima foi socorrida pelo SAMU ao HGR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015447/2020

ASSINATURAS

Syllas Souza Silva

Agente de Polícia  
Matrícula 42000149

Responsável pelo Atendimento

André Ferreira dos Santos

(Comunicante / Vítima)

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



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: **760.354.172-72** 4 - Nome completo da vítima: **André Ferreira dos Santos**

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

5 - Nome completo: **André Ferreira dos Santos** 6 - CPF: **760.354.172-72**

7 - Profissão: **Autônoma** 8 - Endereço: **Av. Padre José de Anchieta** 9 - Número: **660/02** 10 - Complemento: **apt 2**

11 - Bairro: **vd. Primavera** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.314-214**

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **(95) 9 9119-0143**

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **36086** **7** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

VALIDADEZ

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: **Boa Vista, 11/05/2020**

**X André Ferreira dos Santos**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**[Assinatura]**  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0098761-1

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal 4239787

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCAM\*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	26/01/2020	67	78,25

CANDIDO SANTANA NEIVA CPF: 00044624166272  
AV PADRE JOSE DE ANCHIETA 660 02 - JARDIM PRIMAVERA  
CEP: 69.314-214 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	17820	Atual:	17-12-2019	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	17753	Anterior:	16-11-2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	29	Próxima leitura:	01-01-2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	16-12-2019	Número Medidor:	2825467
Consumo medido:	67	Apresentação:	17-12-2019	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	67			Modalidade:	N 15:6287

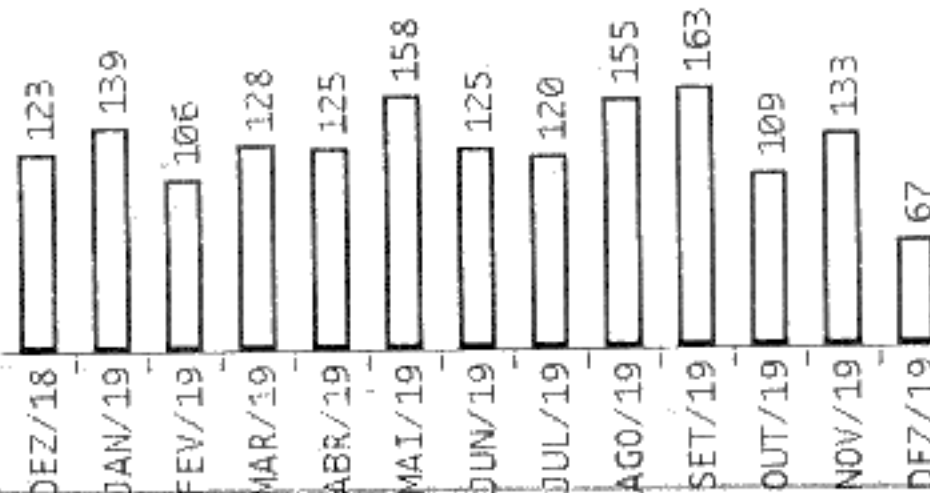
DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	67 A R\$ 0,760131 =	50,92
ILUMINACAO PUBLICA		27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 67 - 0,617778

Média 12 meses: 132

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/01/2020, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reaviscadas no valor de R\$ 299,60 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$  
10-2019 221,01

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA VALOR
Distribuição: 27,70	Tributos: 1,56	50,92	ICMS: 17,00% 8,65
Transmissão: 12,14	9,53		PIS: 0,30% 0,15
0,30			COFINS: 1,22% 0,62

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto FLORESTA Período de apuração: 10/2019 EUSD: 35,76

ROT: 11.001.19.01.153406

<b>RORAIMA ENERGIA</b>	SEU CÓDIGO 0098761-1	TOTAL A PAGAR - R\$ 78,25
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3	MÊS FATURADO 12/2019	VENCIMENTO 26/01/2020
	Nº da Nota Fiscal: 4239787	FCAM*

83620000000 5 78250075000 8 00000000098 4 76111219008 4



SEQ.: 0105 UC: 0098761-1 DT.LEIT.: 17/12/2019 T.ENTR.: 0/  
LEITURA: 17820 NORMAL TOTAL: 78,25 CARGA: 013  
DT.VENC.: 26/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4141





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

Para contato com  
 a linha Energia,  
 informe este NÚMERO

SEI/CODIGO  
 0009732-2

Nº da Nota Fiscal 4533838

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAM\*

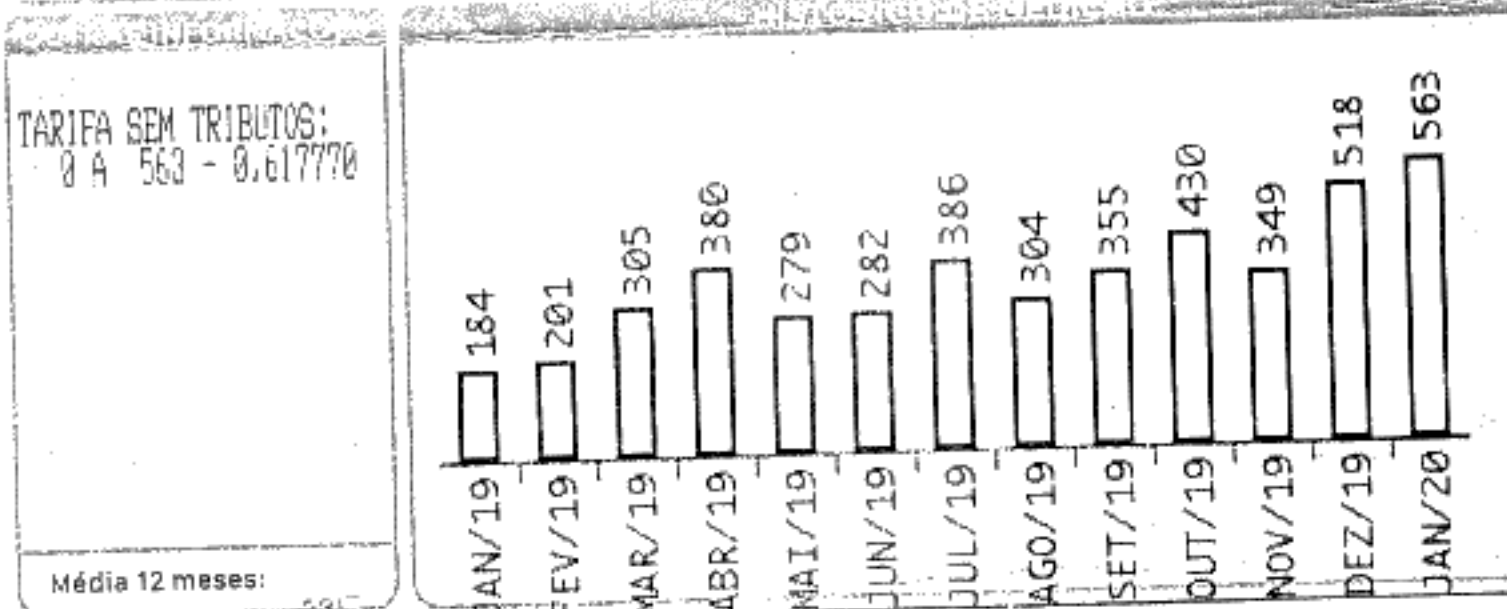
CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	563	465,78

CPF: 0001122233396

IVETE GUILMARAS COSTA  
 R. ACRE 569 - DOS ESTADOS  
 CEP: 69.305-510 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	61969	Atual:	31/01/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	61486	Anterior:	30/12/2019	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	28/02/2020	Ligação:	BIFASICA
Constante de Multiplicação:	1,020	Emissão:	30/01/2020	Número Medidor:	2201485
Consumo medido:	563	Apresentação:	31/01/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	563			Modalidade:	0 !619578

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	563 A R\$ 0,760481 =	428,15
		37,63



**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

LIGUE 06007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 !! 16 21 26  
 Paratense! Até o dia 30/01/2020, não constataras faturas vencidas  
 nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	232,72	Base de Cálculo:	428,15
Distribuição:	101,92	ICMS:	72,78
Transmissão:	0,00	PIS:	1,33
Encargos:	13,18	COFINS:	6,22
Tributos:	60,33		

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DMIC		DICRI
	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual	Mensal
Limite	6,03	24,12	7,27	29,08	3,54		
Realizado	0,00		0,00		0,00		
Conjunto	CENTRO		Período de apuração: 11/2019		EUSD: 105,50		

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Yara Dina Guimarães Costa inscrito (a) no CPF 762.732.616-87, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 760.354.172-72, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima André Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o nº 760.354.172-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
RG e CPF

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 Acre</u>	Número	<u>569</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Estados</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>
				CEP	<u>69.305-510</u>
Email	<u>yanadiva.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
			<u>-</u>	<u>(95)9.9119-0143</u>	

Boa Vista, 11 de maio de 2020  
Local e Data

Yara Dina Guimarães Costa  
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	Reclassificação	Reclassificação
<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Azul Ass.:

*Diário*

1901162278 16/09/2019 02:04:55 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF <sup>07</sup>	Prontuário
<b>ANDRE FERREIRA DOS SANTOS</b>	09/01/1983	36 A 8 M 7 D	898002732287458	76035417272	00066143
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
CPF	76035417272	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)SEM
Mãe	ANITA FERREIRA SANTOS		Pai		RAÇA/COR
Endereço	- AVENIDA DO SOL - 1006 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		INFORMAÇÃO		Naturalidade
			Contato		Nacionalidade
			(95) 99168-5873		BRASILEIRA
			98413 0800		Ocupação
					NÃO INFORMADA

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

Queixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

*Do no Torcax (E)*

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_:\_\_\_ h)

*Poltrauma vítima de acidente de trânsito com trauma no tórax*

Exame Físico

*Do e com lesões*

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

RAIO-X  ULTRA-SON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Duvidas? (E) - Fato 8:10 Admin</i>		
<i>Tratamento seg (E)</i>		
<i>no ortopedico</i>		
<i>Diagnóstico</i>		

Conduta

Alta por Decisão Médica  Ambulatório

Alta a Pedido  Observação (Até 24h)

Alta a Revelia  Internação

Transferência para: \_\_\_\_\_ Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim  Não Destino:  Família  IML Anatomia Patológica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Impresso por: sousa  
Data Hora: 16/09/2019 02:05:55



*Sousa*



Atto 18.09.19

# BLOCO D

Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE \_\_\_\_\_

2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE \_\_\_\_\_

4 - CNES \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *Wilton Ferreira dos Santos*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO *66143*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) *8191810102713121812141518*

8 - DATA DE NASCIMENTO *09/10/1983*

9 - SEXO *M*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Adriete Ferreira Santos*

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE *91599168587*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) *Av. do Sol - 2006 - Cidade Solida*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Boa Vista*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO *RR*

15 - UF *RR*

16 - CEP \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *Suave 4º grau torax palpando na*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Ato Cirurgico*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *de 1 Exame físico*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Le 16 4º grau torax palpando*

21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_

22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE RORAIMA  
 Av. Brasil, 1000 - Centro, S/N  
 Fone: (68) 3211-1000

**03 MAR 1979**

Certifico que, se presente  
 o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_  
 foi devidamente autenticado(a) neste Hospital

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Traumatismo Cirurgico de Le 16 4º grau palpando*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA \_\_\_\_\_

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE *[Assinatura]*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *16/09/19*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *[Assinatura]*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO \_\_\_\_\_

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO \_\_\_\_\_

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO \_\_\_\_\_

36 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_

37 - Nº DO BILHETE \_\_\_\_\_

38 - SÉRIE \_\_\_\_\_

39 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_

40 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_

41 - CBOR \_\_\_\_\_

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR *040805069-1*

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR *8923*

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) *[Assinatura]*

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR \_\_\_\_\_



BOLETIM OPERÁRIO

André para os pontos

Data: 16/09/19 O.S. \_\_\_\_\_

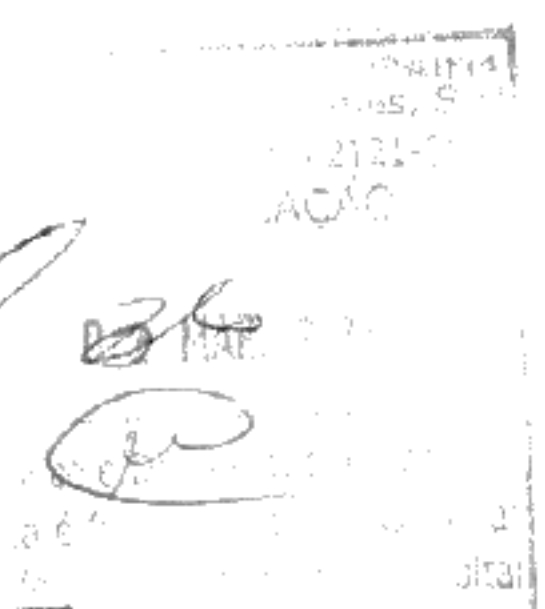
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão 4º met + falange ④  
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução de artulação do 4º met + falange ④  
 TIPO DE INTERVENÇÃO: tt crânio  
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: na  
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo.

CIRURGIÃO: L. Fabr 1º AUXILIAR: P. H.  
 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
 3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
 ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
 INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Elden Soares  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 18211/R

RELATÓRIO CIRÚRGICO

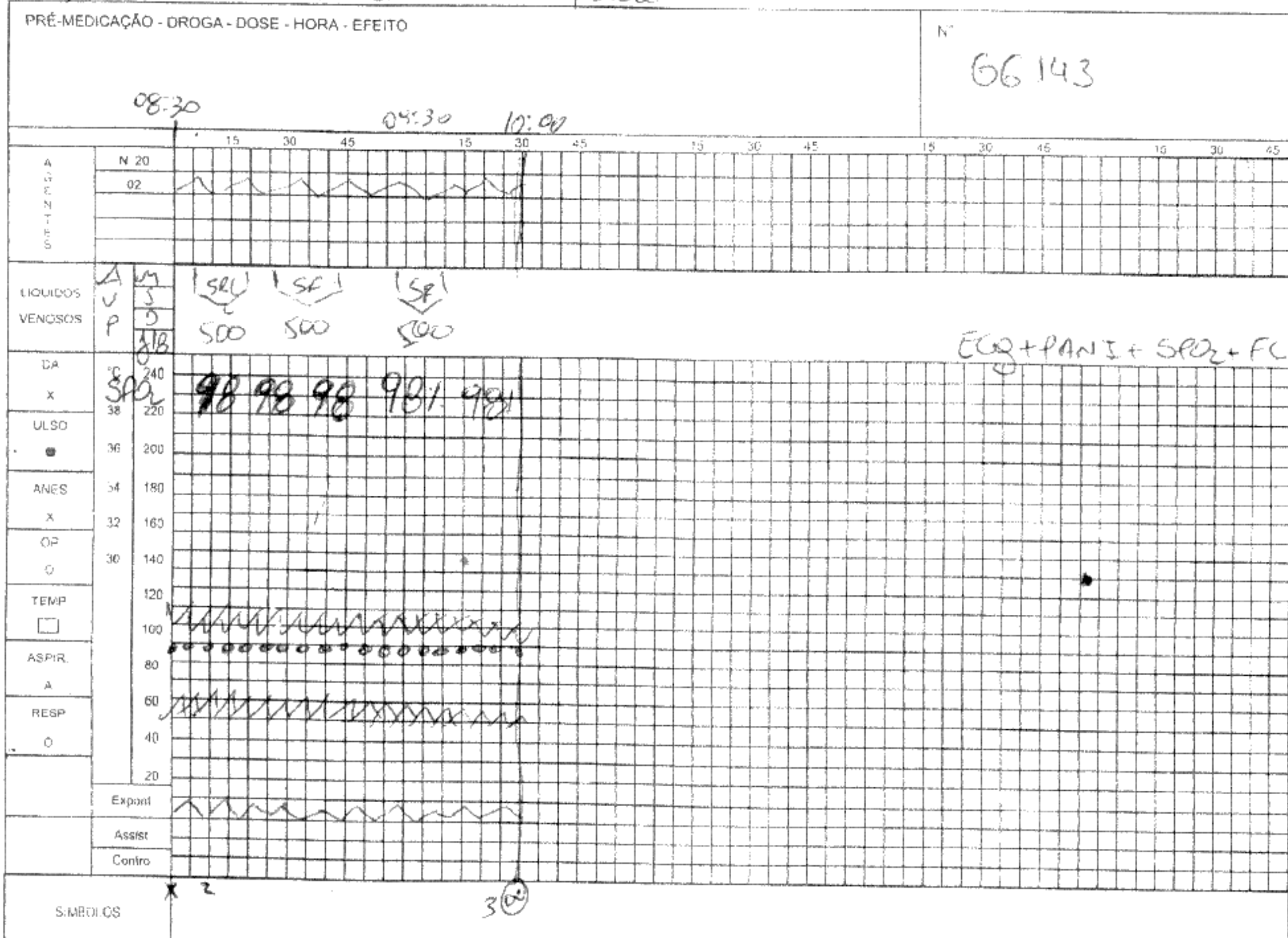
① Per + do H nos planos anteriores  
 ② Anestesia + ant. sep + colocação  
 de campo estéril:  
 ③ Incisão em região de metacarpo  
 4º e 5º dedos.  
 ④ Divisão por planos, redução  
 imediata da artulação por tt falange  
 do 4º met. ④ ⑤ colocação de fios de  
 K ④ redução + fixação de artulação. metacarpo +  
oper o esp do dedos + metacarpo  
 ⑥ Sutura. ⑦ curativo







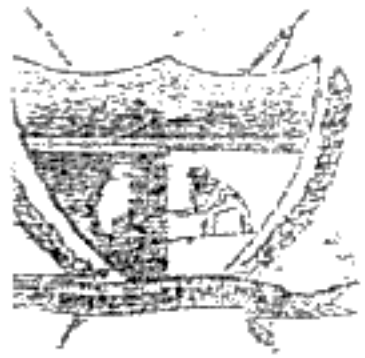
André Ferreira dos Santos, 36a



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Bupivacaína 0,57 mg	2-Raquimantonia lombor	x Monitorização + check list 1. oferta de O <sub>2</sub> Sob ca 2. Raquimantonia 3. Transfusão 100mg IV 4. SAPS
B		Mediana, Suplex, com	
C		Agulhas de Guincho NE	
D		26x; LCA claus; Sob	
E		ventilação espontânea.	
F			
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Canula - Naso / Oro Faríngea Sim	Laringo - Espasmo - Excesso Soro Depressão Respiratória - Hipoxia "Ducking" - Vômito Hemorragia - Arritmia Braxi Taquicardia - Choque
NDCO		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo } N/A Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	SFO, 90, 1000 ml SRA 500 ml 1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA 08:30	PERDA SANGUÍNEA
OPERAÇÃO	OSTEOSSÍNTESE de 4º METATARSO		
ANESTESIA	Dr. Eudes	CÓDIGO	CIRURGIÃO
			Dr. Eldon / Dr. Psílio - R3

Dr. Eudes Marques P. Filho  
Médico  
CRM 690-RR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
RORAIMA - 69200-000  
03 MAR 2004



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

36 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Andre Ferraz de Santos			16/10/18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OSTEOS DE 4º METATARSO DO PÉ (E)	9:05	9:55	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:	INSTRUMENTADOR
Dr. E. B. L. A.	D. Lopes	D. Lopes	
1º AUXILIAR	CIRCULANTE		
Dr. P. P. A.	Julia		
2º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA: Raquia		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 63 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº Atadura 20 cm	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
6	Eletrodos			OUTROS:	
1	Cateter or Topico + Alcat + 10ml				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE		
E. B. L. A.		
Dr. P. P. A.	SUB-TOTAL	
FUNÇÃO/CALCULOS	TAXA DE SALA	
CIRCULANTE IN SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		









401  
I

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Marta Maria de Jesus	
AGNOSTIC	pa op de artrose crônica de joelho	
ALERGIAS	HÁS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	8/8
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	14 20 03 03
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 20 03
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	14 20 03 03
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	S/N
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Manter
14	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
15	Leptinone 1g EV 12/12 h	04
16	Soro fisiológico ad. tub. pos. oral	
17		
18		
19		
20		
21		

03:00  
50 (Fm)  
medicações  
de p. litigadas  
para adm.  
T.M. T.M.  
12/

Roberta Cristina A. Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 220.853-TE

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

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

Orlando R.A.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	127/78	89	19
18 H	128/81	90	-
24 H	146/83	89	18

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
16/9/08

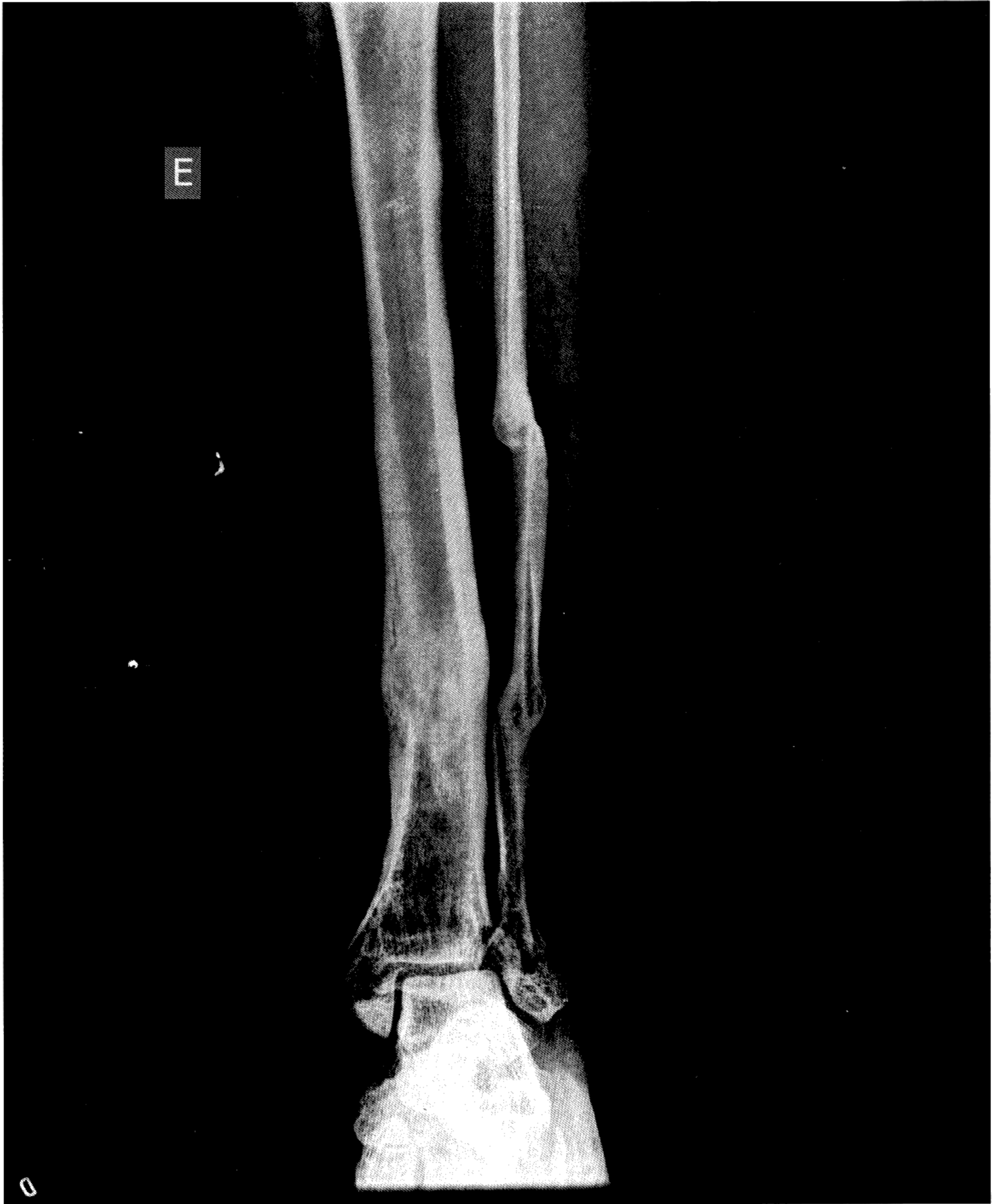
As 13:00 hrs foi adm  
medicação de  
horário

As 13:00, transparência acalada  
do CC, acordado, WTE, BEG, S/  
queixas algicas, sem sangramen-  
to local

Ana Maria S. Macedo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000.411.634

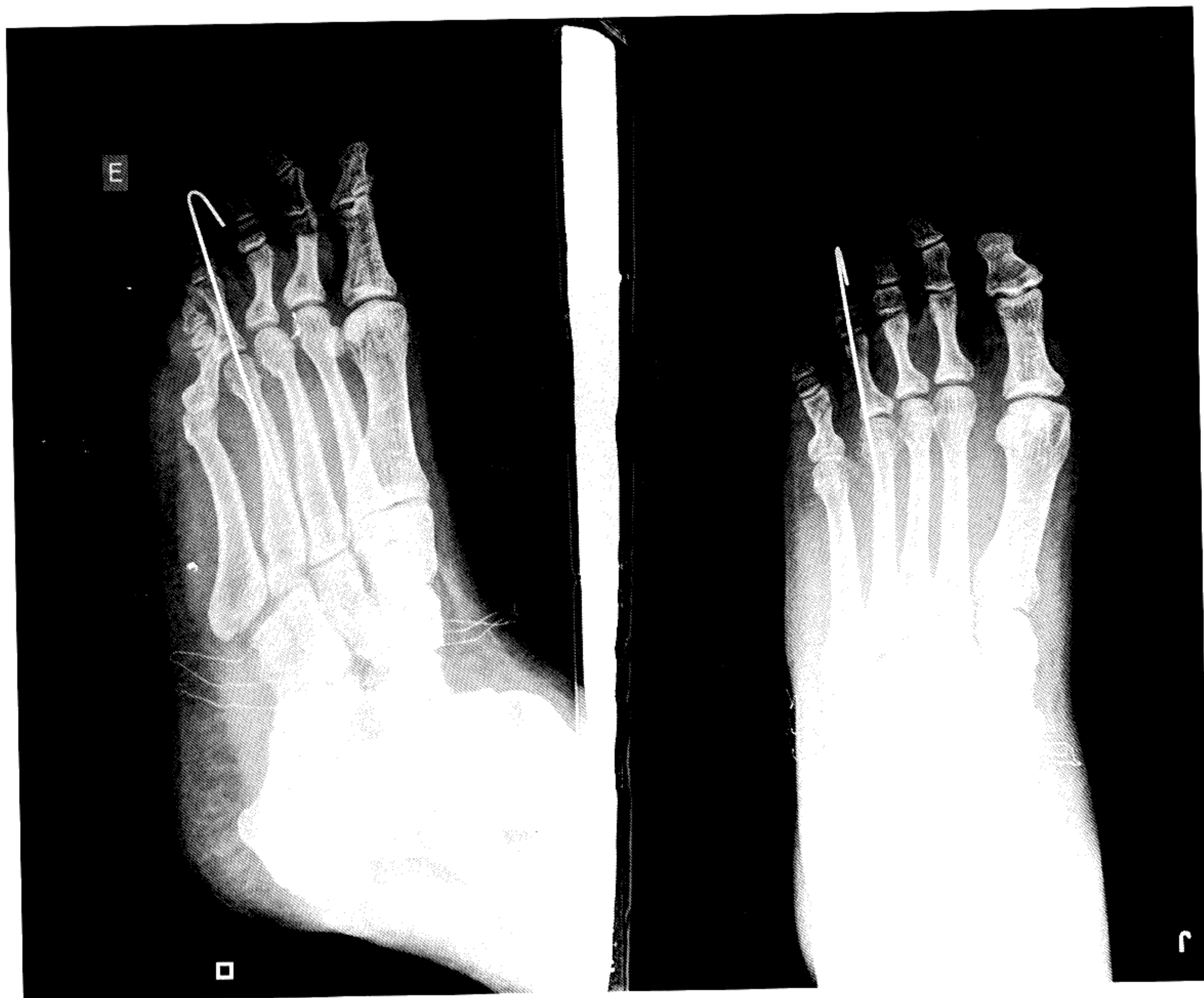
06hs - T: 35,5°C  
PA: 138x93 mmHg  
FC: 70bpm

Aplicar











E



ANDRE FERREIRA SANTOS

11536

HOSPITAL CORONEL MOTA

09/10/2019

Cloudbaldo

65,5 %





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ANDRE FERREIRA DOS SANTOS



DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
238215 SSP RR

CPF  
760.354.172-72

DATA NASCIMENTO  
09/01/1993

FILIAÇÃO  
NÃO INFORMADO

ANITA FERREIRA SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB

Nº REGISTRO  
04373536742

VALIDADE  
08/02/2018

Nº HABILITAÇÃO  
03/06/2006

OBSERVAÇÕES

*Andre Ferreira dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

UF VÍZIA - RORAIMA

DATA EMISSÃO  
14/02/2013

73175414110  
RR20672559

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
625655856

PROIBIDO PLASTIFICAR  
625655856

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 464571-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/06/2016

NOME YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO DERSON FELIX COSTA  
IVETE GUIMARÃES COSTA

NACIONALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 10/12/1962

ESTADO CIVIL CERTD CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV B-8  
1 OF BOA VISTA - RR

CPF 762.732.616-87 AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Papiloscopista de Polícia Civil  
Diretor do IOC

1 VIA P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011598345480  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00550394338 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2016

NOME  
SEBASTIAO DA SILVA RIBEIRO  
RH

CPF / CNPJ 303.455.530-04 PLACA NAP7457

PLACA ANT / UF RR 9C2HC1420DR039849 CHASSI

ESPECIE TIPO AT/MOTONETA/MOTO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 100 ES ANO FAB 2013 ANO LIC 2013

COT / CIL 2P/00 CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
1 *PAGOS*	*PAGOS*	1 *****
2 *****		2 *****
3 *****		3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$111,11 IOF (R\$) R\$272,01 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 24/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO E PROIB SAIR DA ARAZ OCID

DATA 24/11/2016  
Diretor-Presidente  
DETRAN/RR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTO/MOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 011598345480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatSegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 22/11/2016

VIA 01 CPF / CNPJ 303.455.530-04 PLACA NAP7457

RENAVAM 00550394338 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 100 ES

ANO FAB. 2013 CAT. TARIF. 9C2HC1420DR039849 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO  
TMS (R\$) R\$129,04 DETRAN (R\$) R\$14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$1,11 IOF (R\$) R\$272,01 TOTAL SEGURO PROSEGURADO (R\$) R\$272,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 24/10/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.240.609/0001-04  
www.Seguradoralider.com.br



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173522 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO 4º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.  
P 1/2/3\*/4\*/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173522 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDRE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO 4º METATARSO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.  
P 1/2/3\*/4\*/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: André Ferreira dos Santos  
NACIONALIDADE: Brasil ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo RG: 235215-51/RR  
CPF: 760.354.172-72 ENDEREÇO: Av. Paulo José Luabete 660/02  
BAIRRO: Il. Primavera CIDADE: Boa Vista (RR)  
CEP: 169.314-214

VÍTIMA: André Ferreira dos Santos  
CPF: 760.354.172-72 DATA DO SINISTRO: 10/04/2019  
NATUREZA: Invalidez

## OUTORGADA :

NOME: Yara Milla Guimarães Costa  
NACIONALIDADE: Brasileira  
ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Autônoma  
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016  
Nº CPF: 762.732.616-57  
ENDEREÇO: Rua Celso, 569 - B. Estrela

## PODERES:

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

Boa Vista, 04 de março de 2020



André Ferreira dos Santos  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Rua Celso, 569 - B. Estrela - Boa Vista - RR  
Fone: (16) 3224-1111  
E-mail: daniel@aquino.com.br

186827\_5e5ffe9d27250  
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)  
1- ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS

Em testemunho da verdade, WSS  
Do que dou fé, Boa Vista, RR, 04 de março de 2020.  
Consulte o(s) selo(s) abaixo em [cidadao.portalsei.org.com.br](http://cidadao.portalsei.org.com.br)  
REC FIR 1868296MUDTZNTOQJCBOQ40/

Emolumento: R\$ 2.50 Fundos: R\$ 0.65 SELC: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.71



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135539/20

**Vítima:** ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 760.354.172-72

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/09/2019

**Titular do CPF:** ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

### ANDRE FERREIRA DOS SANTOS : 760.354.172-72

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](http://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: 11/05/2020  
Nome: ANDRE FERREIRA DOS SANTOS  
CPF: 760.354.172-72

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: MANOEL COELHO NETO  
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO