



Número: **0800601-30.2020.8.20.5113**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Areia Branca**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA DPVAT (RÉU)		Livia Karina Freitas da Silva (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
60347043	18/09/2020 21:04	CONTESTAÇÃO	Petição
60347044	18/09/2020 21:04	2751667_CONTESTACAO_01	Contestação
60347045	18/09/2020 21:04	2751667_CONTESTACAO_Anexo_02	Procuração
60347046	18/09/2020 21:04	2751667_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

PETIÇÃO E DOCUMENTOS ANEXOS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE AREIA BRANCA /RN

Processo: 08006013020208205113

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 **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES** representado por **DAMIANA 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 **16/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/10/2019**.

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

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

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



PRELIMINARMENTE

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/2015¹.

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 24/10/2019 após MAIS DE 1 (UM) ANO 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.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 16/07/2018, 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.

¹[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;



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, CPC².

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

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

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014156-8

Nr. da Autenticação BF743185C1E5FF7E

²“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 irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **16/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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 parciais³.

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).

³ 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.



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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁴.

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁴ **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.”

⁵ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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 Súmula 474 do STJ.**

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:

ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

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

⁷ art.

1º

(...)

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



- 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.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de nº01/2013 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Tendo em vista a existência de interesse de incapaz, requer a intimação do Ministério Público para os fins dos artigos 178, II e 279 do CPC.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos com endereço à Rua São José, nº 90, Grupo 810 a 812, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP:20.0010-020, Tel: 21-3265-5600, corporativo@joaobarbosaadvass.com.br e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do **Dr. LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**, inscrito sob o **nº11929 - OAB/RN**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AREIA BRANCA , 11 de setembro de 2020.

LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA
11929 - OAB/RN



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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
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/RN 980-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 dos advogados **LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA**, inscrita na OAB/RN sob o nº 11.929 e **ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA**, inscrita na OAB/RN sob o nº 12.140, com escritório na Rua João da Escóssia, 196, Nova Betânia, Mossoró - RN, CEP 59.607-330, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **AREIA BRANCA**, nos autos do Processo nº 08006013020208205113.

Rio de Janeiro, 11 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RN 980-A

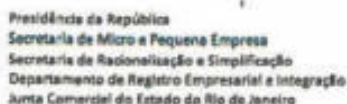
FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





33.3.0028479-6

Societate anônima

Normal

128 An. Debreuina

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Última Actualización:
0000131301 - 18/12/2017

NAME: 11.1.2016.79.4

SEGURO LÍDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT S/A

Balance(s): 102595004

Hash: ECC32023-073D-4232-8033-7CC98410A904

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



REQUERIMIENTO



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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

Nº: 133.0029479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00007149059 e demais constantes do termo de

autenticidade.

Author IdcardNo: FD69743867A48220CFUK4956AFAD5E5CF8FFD5CF68740F233K496AFDA8DKIFD8

Para validar o documento acesse <http://www.tuceria.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>. Informe o n° de protocolo. Pág. 2/13



 JUDGE & CO.
 ACCOUNTING & TAX SERVICES



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:53

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045290300000057906485>

Número do documento: 20091821045290300000057906485

Num. 60347045 - Pág. 1

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

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149055 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD69743867A48220CFDE4B56AFDE8CF8FFD5CF68740F233E496AFTA80E17B6	
Para validar o documento acesse http://www.jucec.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo. Pág. 3/13	



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

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

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

CR *Lau*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028478-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICADO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do livro de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD85ECF8FFD5CF68740F2338496AFTA80E1F88
Para validar o documento acesse <http://www.juceerjia.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 4/13



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

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

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


Roberto Barroso
Presidente


Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028478-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do teor de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFD64856AFAD85ECF8FFD0CF68740F233E496AFDA8061FB8	
Para validar o documento acesse http://www.jucmrja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o n.º de protocolo. Pág. 5/13	



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00053149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA49220C7E4B56A7ADE5CFF05C765740F233E496AFDA80E1F88	
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo. Pág. 8/13	



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149039 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA88220CFDE4B56AFAD5ECP8FF00CF88740F233E496AFDA30E1F8	
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital , informe o nº de protocolo. Pág. 10/13	





4996507

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

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

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

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

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

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

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

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

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


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11612475AE9206296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996508

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

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

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

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

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, 1/4 (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

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

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

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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


Fernando F. S. Serwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7545C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

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

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

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

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

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

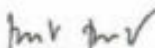
ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo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

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

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

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

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


Bernardo A. S. Serwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D798CBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



convocada.



4996510

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

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

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

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

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

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

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

Bernardo A. S. Benavente
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;


t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

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

Página 5 de 10


Fernando R. S. Barreiros
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D798CBA11812475AE9208296B235403C7545C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

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

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

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

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

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

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

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


CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

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

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

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 6 de 10


Bernardo F. S. Barreiros
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996513

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

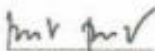
ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

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

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

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

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


Bernardo K.S. Berninger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C51B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

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

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

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

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

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

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

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

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

Página 8 de 10


Fernando F. S. Berninger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996515

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

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

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 9 de 10


Bernardo F. S. Derwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICADO DE DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C61B477D798CBA11812475AE9208298B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

12/9



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

Fernando F. S. Benveniste
Secretário Geral


Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 48F9A0C66883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002958603 - 11/10/2016



PROCURAÇÃO

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

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL	Tabellião Carlos Alberto Firmino Oliveira Rua do Carmo, 65 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2137-0803	AD828690 088674
Reconheço por AUTÊNTICAÇÃO as firmas de: HÉLIO BITTON RODRIGUES e JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (0000052/453)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho	de verdade.	Conf. por: Serventia T. H. FUNDOS
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.		Total
EOLP-16981 H01 - 083-36832 ORG		CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ Paula Cristina A. D. Gaspar 1 3.9% Escrevente 1 12796 40052 série 05077 ME Aut. 20.5.3º Lei 8.896/94
https://wsc3.tri.jus.br/sitepublico		



SUBSTABELECIMENTO

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



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

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.


MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS
OAB/RJ 135.132





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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMIANA 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,

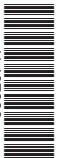
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15148827

Pag. 01493/01494 - carta_01 - INVALIDEZ

00020747





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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAMIANA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003568

Conta: 0000014156-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00031/00032 - carta_15R - INVALIDEZ

00040016





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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655195

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Data do Acidente: 16/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00485/00486 - carta_02 - INVALIDEZ

00050243



Carta nº 15178234



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 135.748.534-40 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves

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

5 - Nome completo: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 6 - CPF: 135.748.534-40
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Pedra Portuguesa 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Pedrinhas 12 - Cidade: Areia Branca 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel (DDD): (14) 49827-0066

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: Damiana Ferreira dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 090.253.654-92 19 - Profissão do Representante Legal: Doméstica

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\$1.000,00 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 POUPEANÇA (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: 03568 CONTA: 34356 8 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 tive 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(s) (vive(s)?) ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - 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, _____ 10/09/2020 - RJ 05/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS-001 V002/2019



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL
DATA: 13/11/2018 HORA: 13:54:33
TERMINAL: 30641021 CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3568 013.00014156-8
NOME: DANIANA FERREIRA DOS SANTOS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 6652327850

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 335.748.534-40 3 - CPF da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Daniel Santos Gonçalves

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

5 - Nome completo: Guilherme Daniel Santos Gonçalves 6 - CPF: 335.748.534-40
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Pedra Portuguesa 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Pedrinhas 12 - Cidade: Areia Branca 13 - Estado: PE 14 - CEP: 59655-000
15 - E-mail: Não possui 16 - Tel. (DDD): (34) 49827-0066

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: Damiana Ferreira dos Santos 18 - CPF do Representante Legal: 090.253.654-92 19 - Profissão do Representante Legal: Doméstica

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\$1.000,00 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: 3568 CONTA: 34356 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 tive 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 (vencendo)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - 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, Florianópolis - PE 05/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Damiana Ferreira dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



AUTODATENDIMENTO - AG. TERRA DO SAL

DATA: 13/11/2019

HORA: 13:54:33

TERMINAL: 30641021


CONTROLE: 306410210494

DEPÓSITO DE CHEQUES

CONTA CREDITADA: 3568 013.00014156-8

NOME: DANIANA FERREIRA DOS SANTOS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL DOS CHEQUES: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 04 99960-9618

NÚMERO DO ENVELOPE: 6652327850

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE AREIA BRANCA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 627/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito.

Data e horário do fato: 16/07/2018, Por volta das 11h30min.

Local da Ocorrência: BR 110 KM-06, Areia Branca/RN

COMUNICANTE: JOSIVAN MARQUES DE OLIVEIRA, RG 003.756.355, inscrito sob o CPF 125.189.584-01 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Mossoró/RN, nascido (a) em 04/07/2001, filho (a) Jose Josenildo Alves de Oliveira e de Cicera Maria Ferreira Marques, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN, telefone 84-9 8637-7187.

VITIMA(S): O COMUNICANTE. E GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES, RG 003.994.387, inscrito sob o CPF 135.748.534-40 SSP/RN, brasileiro (a), Solteiro, natural de Areia Branca/RN, nascido (a) em 08/05/2005, filho (a) Geraldo Gonçalves Filho e de Damiana Ferreira dos Santos, residente e domiciliado na Rua Pedra Portuguesa, Nº 08, Povoado de Pedrinhas, Areia Branca/RN

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Aduz o declarante, vítima, que na data supramencionado, estava trafegando pela via de rolamento pilotando uma motocicleta, de Marca/Modelo HONDA CG 150 TITAN KS, RENAVAM 00900126477, CHASSI *****013143, de cor PRETA, ANO DE FABRICAÇÃO 2006/2007, PLACA MZL 9747-AREIA BRANCA/RN, licenciada em nome de JANIISOM DE OLIVEIRA MARTILIANO, quando um carro fez uma ultrapassagem indevida, fazendo com que o declarante/vítima perdesse o controle do veículo fazendo com que as vítimas fossem jogadas ao solo de forma violenta, tendo que ser atendidas no Sara Kubistchek, de lá encaminhado ao HTRM em Mossoró/RN.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Foi registrado o Boletim de Ocorrência e encaminhado ao setor de investigação.

OBS. A comunicante se responsabiliza pelas informações contidas, no presente Boletim de Ocorrência.

Areia Branca-RN, 24 de outubro de 2019.

Josivan Marques de Oliveira
Comunicante

[Assinatura] 194303-2
Policial Registrante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 8568 CONTA: 34356 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ 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 - 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, 11/09/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03568

CONTA: 000000014156-8

Nr. da Autenticação BF743185C1E5FF7E





CARDO PRELIMITE
TANRANA FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.203.854-92 NIS: 10092865826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA CCAPMS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

RECARGA: 151/AREA SALINEIRA
AREA BRANCA RN
59656-000

CONTRATO 7009887615 - 10/2019
DATA DE VIGENCIA 18/10/2019
DATA DE EXPIRACAO 12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 87,82

CONSUMO ATIVO
09/10/2019 09/11/2019
09/10/2019 09/11/2019
11/10/2019 30/10/2019 25/29/04

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,22782870	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,39056006	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	58,000000	0,58584009	33,97
Adicional Bandeira AMARELA			8,76
Adicional Bandeira VERMELHA			3,57
Custo, taxa Pública Municipal			8,03
ICMS - Parcela Supercionada			7,44

TOTAL DA FATURA

87,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA. NOTA FISCAL									
D	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)		
OR	FUNDO	DATA	DATA	DIAS					
0000	CAT	11-09-2019	11-10-2019	30	1,00000		150,0		



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486



CARDO PRELIMITE
MARIANA FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 020.253.854-92 NIS: 16092865826

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIA CCAPMS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PEDRA PORTUGUESA S

RECARGA: 151/AREA SALINEIRA
AREA BRANCA RN
59656-000

CONTRATO	7009887615	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019	12/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	87,82	

PRODUTOS	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
09/44287	QVCA	11/10/2019
11/10/2019	3010998572	7513904

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,22782870	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,39058006	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 200 kWh	58,001000	0,58584009	33,97
Atividade Bandeira AMARELA			8,76
Atividade Bandeira VERMELHA			3,57
Custo, taxa Pública Municipal			8,03
ICMS - Parcela Supercionada			7,44

TOTAL DA FATURA

87,82

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								87,9	
D	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE			
OR	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
0000	CAT	11-09-2019	5.507,00	11-10-2019	5.965,00	30	1,00000		150,0



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486



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: 0800-1596 / 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 Ouidoria: 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:

<https://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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, Maria Cristiane de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.308.474 / 37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Damiana Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 080253654 / 92

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Guilherme Daniel S. Gonçalves

inscrito (a) no CPF sob o nº 335.748.534 / 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Receita Renda: Receita e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 Pedra Portuguesa</u>	Número: <u>8</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Pedrinhas</u>	Cidade: <u>Água Branca</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>Não possui</u>	CEP: <u>59655-000</u>	Tel (DDD): <u>(84) 99827-0066</u>

Local e Data: Mozzoni - PR 05/11/2019

Maria Cristiane de Oliveira
Assinatura do Declarante

DL0RL001-V001/2017



FICHA DE ATENDIMENTO DE USUÁRIOS / SUS

SAME/RECEPÇÃO

R.G. / NÚMERO DO CARTÃO SUS:	707 0055 8855 2430		NÚMERO DO ATENDIMENTO:	4L
NOME:	Gentilmar Bonifácio Bonifácio		IDADE:	13a
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	NOME DA MÃE:	Lorena F. Santo	
ENDEREÇO (RUA/AV):	R. Santa Rosa		NÚMERO:	
BAIRRO:	CIDADE:	NATURALIDADE:	ESTADO:	
2.º	1.º		RJ	
TELEFONE:	ACOMPANHANTE:	DATA:	10/09/20	HORA:
5561 7819			10:58	
MOTIVO DA PROCURA:	Atm. acidente de trânsito		SINCRICA DO SERVIDOR:	

ACOLHIMENTO / TRIAGEM / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ENFERMAGEM)

QUEIXAS:	
	INÍCIO (DIAS/HORAS):
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HAS () DM () OUTROS:	
ANTECEDENTES ALÉRGICOS:	
SINAIS VITAIS/DADOS INICIAIS: Peso: _____ Kg Temp.: _____ °C P.A.: _____ x _____ mmHg F.C.: _____ BPM	
F.R.: _____ RPM SpO2: _____ % H.G.T.: _____ Mg/Dl Escala de Glasgow: _____ PTS.	
TIPO DE ATENDIMENTO: () Emergência () Urgência () Urgência leve () Não urgência	CLASSIFICAÇÃO:

ANAMNESE (MÉDICO)

Queixa principal:	Acidente de trânsito
Relato da história:	Acidente de trânsito

EXAME FÍSICO (MÉDICO)

Inspeção:	Acidente de trânsito
Exame físico:	Acidente de trânsito

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS (MÉDICO)

LABORATÓRIO: () HC () JEAS OUTROS:	
() ECG	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

CID:

(COMUNICAR/NOTIFICAR, SE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA)

CONDUTA: () Medicação + Alta () Medicação + Observação () Procedimento + Alta
() Internação no próprio hospital () Orientações

ENCAMINHAMENTO PARA: () Hospital () Atendimento especializado () PSF/UBS () CAPS

MÉDICO: (Carimbo e Assinatura)


Assinatura do Médico



PRESCRIÇÕES MÉDICAS / REGISTROS DE ENFERMAGEM

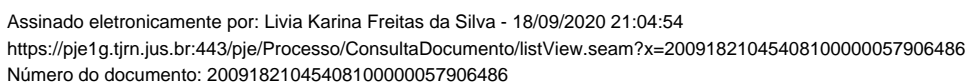
~~46~~
~~07~~
~~18~~

① CMC as the
 a major weight component - 6



ASSINATURA DO PACIENTE EM CASO DE NÃO CONTINUIDADE DO TRATAMENTO (ESPECIFICAR ACIMA):

RG/CPF:





OK

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: 16734 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES (13 a 2 m 8 d)
Nascimento: 08/05/2005 **Natural:** AREIA BRANCA, BRASIL **Sexo:** M **Cor:** PARDA
CNS: 707003818553930 **CPF:** 13574853440 **Prof:**
Mãe: DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS **Pai:** GERALDO GONCALVES FILHO
Lugar de nascimento: SÍTIO PEDRINHAS, 8 **Cidade:** AREIA BRANCA
CEP: 59655000 **Bairro:** POVOADO
Telefone: 84.87856069 84.87856069 **Compl:**

Motivo: (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO
Origem: SAMU RN

Tipo: REGULADO
***Empresa:**

Origem: SAMU RN

OBS: AREIA BRANCA, DR ADAIL					Classificação: 16/07/2018 12:15:48		PESO:		
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: FRATURA EXPOSTA EM COXA E, QUEDA DE MOT(SIC), 13 ANOS
Hora: 12:45

APARELHO: Paciente vítima de colisão moto-carro na 22h30min. Não move. esperte, nega perda de consciência ou amnésia retrograda; Ignota vacinação anti-tetânica ou Digo. e nega alergias.
As exame:
A
B
C
D > Sem alteração
E - Escorregão de orla em HFD
Encardimento + Rotogão externo + Deformidade em HFE

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:				VIA	HORÁRIO	ASSINT.
1-	Dipirona 0,5ml + ADU EV					
2-	Solicite parecer do ortopedista					
3-	SF 0,9% 500ml EV					
4-	AGUATON 21010A 6ml H 101M					

Romário Viera
Cirurgião de Mão e Pé
CRM/RN 5362

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SANE MOSSORO 3.11.2018

SANE/ARCURIO

*Saída: - () Decisão médica; () Enc. outro Serviço; () Evasão; () Interna: CID 102.3 Proc. 308010019
Data: / /18. Hr: Ass. Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 16 de Julho de 2018.

Dr. Romário Viera
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 1.361-RN



Prontuário: 202377



SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO
RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES** (Fia: 2547/2018), CPF:13574853440.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 15/08/18
Assinatura

Mossoró/RN, 16 de Julho de 2018.

**Domiciano Ferreira dos Santos*
Paciente ou responsável

CCIH - HRTM
DATA 17/08/18
Kafalla
Assinatura

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANEAMENTO 13.11.2018
B. M.



-JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

-21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

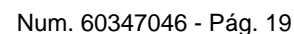
-22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO





MINISTÉRIO
DA
SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA
1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

GODFREYANNE DANIEL SANDOS GONCALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☒

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

RAPIR 017 FIMLUR 01010101

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO

ESTA CONFORME O ORIGINAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

SAINT MICHEL 33.11.2.13

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

CAESARIAN 33.11.2.13

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A PIO SEMPREVA Nº 3, C

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

DR. ROBERTO GONCALVES DE ALMEIDA NETO

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/02/2020

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

1 - CNS

2 - CPF

131861183424

DR. ROBERTO GONCALVES DE ALMEIDA NETO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ORGÃO EMISOR DE LAUDO NA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

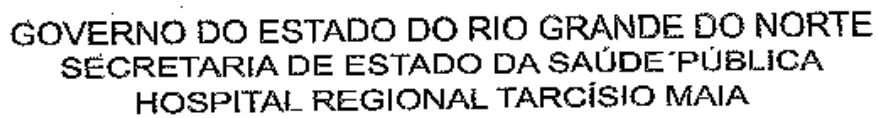
51 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 - CNS

2 - CPF

131861183424





NOME _____
SERVIÇO: _____

UNIDADE
ENFª: _____

Nº REG:

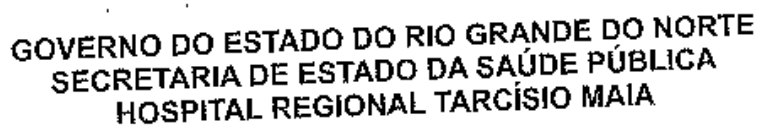
LEITO:

RETRN	USPAMS	AVOIDAT	RTCOLN	COM	PARMS	N
LOG	REGRN	2205064/15	AVOIDAT	1.052	31455	
PROD	PROD	PROD				

HOSPITAL _____
ESTÁ COMPLETO

SAME ROOM 331-309
SAME ROOM 31W





Nome: GERILMAIRO SANTOS GOUVEIAS Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: PAROTIDITE AGUDA ESQUERDA.

Indicação terapêutica: TIPO 1 PAROTIDITOMIA + PAROTIDECTOMIA
+ BR.

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Almirante

1ª Auxiliar: ROBERTO

2ª Auxiliar: _____

3ª Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: _____

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

(☒) Limpa (☐) Pot. Contaminada (☐) Contaminada (☐) Infectada

(A) Limpa () Pot. Contaminada () Contaminada

(1) 64111000 EN 0000110 009 A. SPADA

(2) 15506552 4 000100 00001 EN 000010 EQ.

(B) 00010000 0000000001 00 000 00000000 N° 4,5

+ 00011 2 000000 3 KP 2 000000

1/25

HOSPITAL REPORT
ESTÁ COMPLETO CORRETO
SABE-MONUMENTO 23.11.2018
Bica





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: GUILHERME DANIEL SANTOS Gonçalves 13 anos
CLÍNICA CIRÚRGICA - ENFERMARIA: CC Leito: 216-1
DATA DA ADMISSÃO: 16/07/18 Aréia Branca -RN Código: 16734

DATA	EVOLUÇÃO
10/08/18	25 DIH: Fratura do fêmur proximal E Em uso de TIE Sem queixas. Diurese fisiológica. BEG, eupneico, normocorado, hidratado, afebril. CD: VPM Inserido no SISREG Pré-op OK Baixo risco cirúrgico Aguarda cirurgia definitiva

CRM-6438/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril

DATA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA livre	
2	Dipirona 30 gts VO 6/6h SN	
3	Clexane 40 mg SC 1x/dia	
4	SSVV+CCGG	

CRM-6438/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril

Em tempo:

- Retornado triagem no C.C.
Ulterado grato a cordialidade
cd.: culto hospitalar com orientações
para acompanhamento ambulatorial.

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MOESCORRO

CRM-6438/RN - TEOT 13540
Eduardo C. L. R. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril



Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **5965000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818653930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não for paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autorizo seja acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos ou de imagens, bem como o seu arquivamento por meio digital, papéis, fotografias ou quaisquer meios para os seguintes fins:

- a. Diagnóstico;
- b. Planejamento e Terapêutico;
- c. Ensino e Pesquisa.

Assinatura: [] Paciente [☒] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos, Bezerra

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, 05/11/19

Observações

SISREG, AIH, AUT MUN, DOCUMENTOS, EX LAB, 04 PELICULAS DE RX, LAUDO ESCANOMETRIA, MEDICO CIENTE.





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@uelaxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.º: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FÁBIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **8498785606**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036** **LEITO RESERVA 01**

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR**
 2. - O(A) **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
 3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. Fábio Roberto Alves de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7036

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA - CRM 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, _____

MediWare

Página 1 / 1





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 30/03/2019 08:09

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Registro: **134387**
Num. RG: **003994387** CPF: **135.748.534-40** Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **PEDRA PORTUGUESA** N.º: **8** Bairro: **PEDRINHAS**
Cidade: **AREIA BRANCA** UF: **RN** CEP: **59655000** Fone: **84987856069**
Profissão: **ESTUDANTE** Mãe: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **30/03/2019 8:05** Previsão saída: **31/03/2019 11:00** Atendente: **VANUZANE**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **707003818553930**
Médico: **Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA** CRM: **7036**

LEITO RESERVA 01

Dados do Responsável

Responsável: **DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS** CPF: **080.253.654-92** RG: **2771792**
Parentesco: **MAE**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ materiais especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painele para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painele de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [X] Responsável

Damiana Ferreira dos Santos
HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____, nas seguintes condições:

- ☐ Em perfeito estado
☐ Apresentando defeito
☐ Faltando Equipamentos/Acessórios

CONFERE COM ORIGINAL
EM ____/____/____

Assinatura do responsável



Código Solicitação: **276763453**Número AIH: **241910015498-8****IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 -- TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

21.02.2019 - 07:35:46

Data de Autorização

21/02/2019 - 13:32:23

Data de Reserva

23.02.2019

Data de Internação

21.02.2019

Data Prevista de Alta

07.07.2046

Data de Alta

22/02/2019 - 07:15:12

Motivo da Alta

1.1 ALTA CURADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

LUCIMAR

Operador

63723034420MARJORIE

Operador

18129862204LUCIMAR

Operador

18129862204LUCIMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:

707003819553930

Nome do Paciente

GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

Nome da Mãe

DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

08/05/2005 (13 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

08

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 98750-4877 (Exibir Lista Detalhada)

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

07443827409

CPF do Médico Executante:

14084295434

Diagnóstico Inicial - CID:

M841 AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA [PSEUDO-ARTROSE]

Caráter

10 - Eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:

FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

Nome do Médico Executante:

IVAN LUCENA DE ALMEIDA

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO HÁ + DE MESES APRESENTANDO FRATURA CONSOLIDADA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

R X + E F

Condições que Justificam a Internação:

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA CONSOLIDADA + OSTEOTOMIA + ENXERTO ÓSSEO

PARCELA

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

21.02.2019 - 07:35:46

Data da Extração dos Dados: 03/04/2019 16:05:27

HOSPITAL MEMORIAL
 SÃO FRANCISCO
 Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
 Cep: 59022-020 - Natal/RN
 CONFERE COM ORIGINAL
 EM: ____/____/____



GOVERNO DO ESTADO RN
SEC. SAÚDE PÚBLICA
HOSP. MONS. WILFREDO GURGEL

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Guilherme Daniel Santa Conceição</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>104003818553930</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEMININO <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) <i>RUA PEDRA PORTUGUESA, 8 - PEDRINHAS</i>			
13 - MUNICÍPIO <i>AREIA BRANCA</i>	14 - BAIRRO <i>PEDRINHAS</i>	15 - UF <i>PR</i>	16 - CEP <i>59655-000</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Cost. e fadiga de fêm. esquerda há um mês sem consolidação vascular</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TTO longo</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Ampliação + fratura fêm. esquerda</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura de fêmur</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S72</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>- Tratamento cirúrgico de fêmur do fêmur - internação onco - fratura onco</i>	26 - LEITORCLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
25 - COD. DO PROCEDIMENTO <i>- 040805051-30 - 040806013 - 040804015-1</i>			29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>26/12/18</i>
			30 - CNS / CPF <i>Dt. Fábio Roberto A. da Silva Otorrinolaringologista CRM: 14516</i>
			31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	40 -
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - () CID. 10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - () CID. 10 SECUNDÁRIO		43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (ATH)
47 - DT. AUT. / /	51 - DT. AUT. / /	EM: / /
48 - CNS / CPF		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Jovellano Carneiro, 979 - Tirol
Cep: 59072-020 - Natal/RN



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486



Hospital Memorial
São Francisco

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: QUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Data do Procedimento: 30/03/2019

Registro: 134387 IH: _____

Diagnóstico pré-operatório: S723 FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR L.

Código do procedimento

0408050519

0408050190

0408040157

0403020077

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE

OSTEOTOMIA DA Pelve

NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFERICOS

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: TIAGO FERREIRA DE ALMEIDA

1º FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

CRM

6748

7036

Anestesiologista: MARILIA DE CASTRO E SILVA

5609

Instrumentador: RONALDO + EDUARDO

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

placa dco. es. condal 14 furos
8 parafusos corticais

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

paciente em dth sob sedação + raqui-anestesia, realizada dose de cefazolina na indução, realizada assepsia + antissepsia + colocação de campos estéreis, incisão lateral na coxa esquerda, realizada dissecação por planos com neurolise do nervo periférico (cunha femoral lateral), realizada OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS (FÊMUR ESQUERDO) RESSECÇÃO DE CUNHA DE ABERTURA LATERAL PARA CORREÇÃO DE VARO DO FÊMUR ESQUERDO, REALIZADA OSTEOTOMIA DA PELVE PARA CORREÇÃO DE ROTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR COM PLACA 14 FUROS DCP + FIXAÇÃO DA PLACA COM 8 PARAFUSOS CORTICAIS, FECHAMENTO POR PLANOS COM REVISÃO DA HEMOSTASIA, CURATIVOS ESTÉREIS. FIM DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, AOS CUIDADOS DA RPA.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lorrantini, 979 - Tirol

Cep: 55027-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Fábio Roberto A. de Lima

Ortopedia/Traumatologia

Cirurgião de Mão e Braço
CRM: 7036 - TEST: 14616

CRM: 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA

30/03/2019 15:20:00



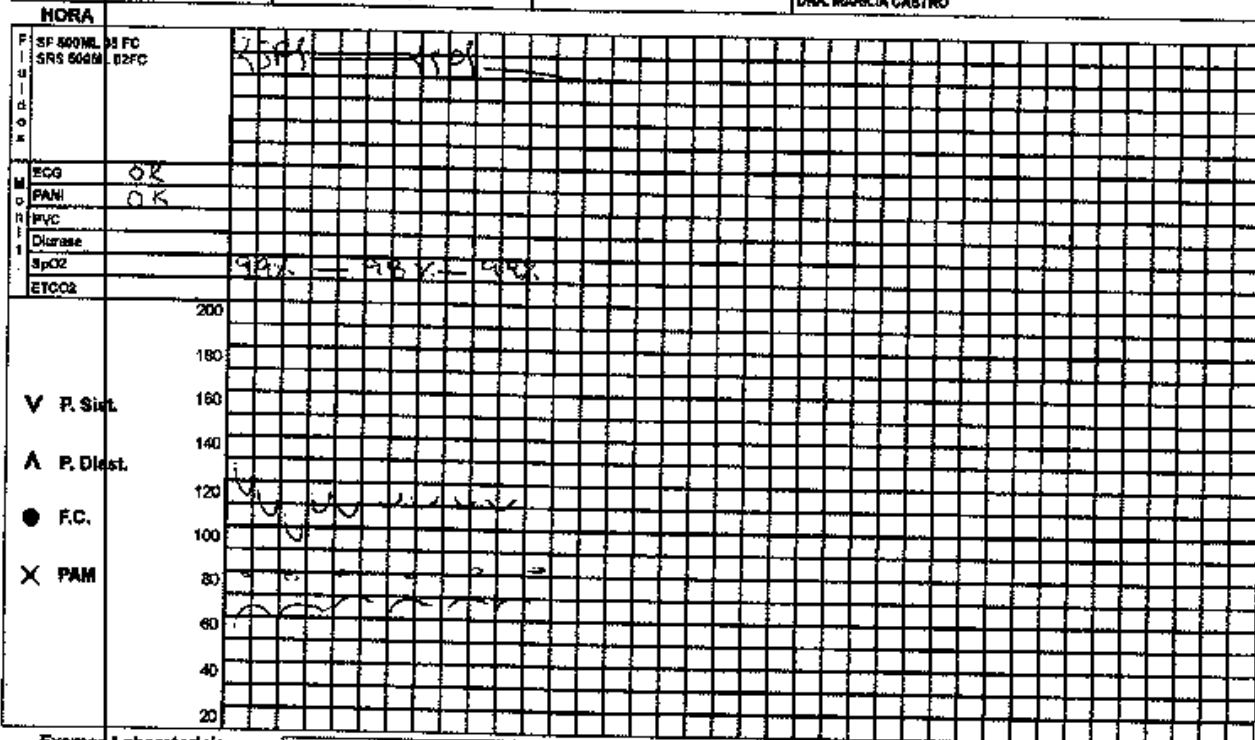


Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES 1**

Gravidade Realizada: **FRATURAS DE FUR + OSTEOTOMIA + ENXERTO + NEUROLISE**
Cirurgião: **DR. THIAGO FERREIRA** 1º Auxiliar: **DR. FABIO ROBERTO** 2º Auxiliar: **DR. THIAGO FERREIRA** Anestesiologista: **DRA. MARCIA CASTRO**
Data: **30/03/2019**



Exames Laboratoriais		
pH		
Pco2		
HCO3		
CO		
EB2		
Pco2		
SHCO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glucose		
FENTANIL	1MG	01
NEOAZOLAN	15MG	01
NEOCALINA	0,5%	01
DIMORF	0,5MG	01
SUPENTANIL	10MG	01
ROCURONIO	50MG	01
ATACURIO	2MG	01
PROPOFOL	1%	01
EFEDRINA	50MG	01
ADRENAL	1MG	01
DEFASOLINA	1G	02
DIPRIDA	1G	01
DRAGON	2MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANTIDONA	50MG	01
ONDASETRONA	5MG	01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI
BLOQUEIO:
LOCAL DA PUNÇÃO: L3/L4
NÍVEL ANESTESIA: T10
BLOQUEIO MOTOR: 0
POSICÃO: Anter:
APARELHO:
TÉCNICA: ABERTO
OXIGENAÇÃO/INTUBAÇÃO: CATETER NASAL
TRAUMÁTICA: NAO
SONDA:
CUFF:
INDUÇÃO:
MANUTENÇÃO:
CONDIÇÃO FINAL: BOA

TIPO:
LATÊNCIA: 3MIN
LIQUOR: CLARO

Depois:
VT:
FR:
VAL:
PIL:

REFLEXOS: RECUPERANDO
CONSCIÊNCIA: VIGIL

BALANÇO

ASA 1 GOLDMAN 1 SEG.
RISCO CARDIOLOGICO ANEXO
SAI DA SRPA COM ALDIET DE S

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
AV. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, **Dr. Marcia de Castro e Silva**
Anestesiologista
Membro da SBA 15618
CRM 9609 - RN
CPF: 699.430.073-87

Dra. Marcia de Castro e Silva
Anestesiologista
Membro da SBA 15618
CRM 9609 - RN
CPF: 699.430.073-87

DURAÇÃO: 60MIN
INÍCIO: 10:50
FINAL: 11:50



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486

Número do documento: 20091821045408100000057906486

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: **134387 -1**

Leito Nº: **ENFERMARIA 312A**

Médico: **CRM - 7036 - FABIO ROBERTO ALVES DE LIM**

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I. | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE

134387 -1 - GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

PROCEDIMENTO ANTERIOR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MÉDICO SOLICITANTE

CRM

CPF

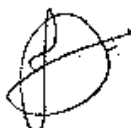
FABIO ROBERTO ALVES DE LIM 7036 074.434.274-09

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FÊMUR ESQUERDO APOS FRATURA HA APROXIMADAMENTE 10 MESES SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE FÊMUR ESQUERDO PARA ALINHAMENTO/ALONGAMENTO + NEUROLISE PERIFÉRICA APOS DIVULSAO PROFUNDA + ENXERTIA ÓSSEA PARA FACILITAR CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA SEM INTERCORRÊNCIAS

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lãmartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: /

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE



CRM

DATA

7036

30/03/2019 16:03:37

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 30/03/2019 15:56

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: **34387** IH: **1** Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Internação: **30/03/2019 08:05:20** Leito: **LEITO RESERVA 01**

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: **RAQUI + SEDACÃO**

Anestesiologista: **DR MARILIA**

Tipo: **FRATURA DE FEMUR MIE**

Cirurgião: **DR FABIO**

Instrumentador: **RONALDO**

Circulante: **WAGNER + MOISES**

Tipo curativo: **OLUSIVO**

Tem material para biópsia/cultura: **NÃO**

Inf.sanguínea: **NÃO**

Monitoração correta: **SIM**

Placa de bisturi: **SIM**

Antibiótico profilático?: **NÃO**

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR MIE. PUNCIONADO EM SALA PELA DR MARILIA COM JELCO N 18 EM MSE, NEGA HAS, DM E AM. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIA, ENCAMINHADO AO SRPA SOB EFEITO DE ANESTESIA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: **Limpa**

MOISES GUTEMBERG DA SILVA
Técnico(a) COREN - 940754

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN

Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 134387 IH: 1 Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES
Nascimento: 08/05/2005 14 anos Internação: 30/03/2019 08:05:20 Leito: LEITO RESERVA 01

ANTES DO ATO CIRÚRGICO

30/03/2019 11:59:40 - COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) EM SALA E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: SÍND. SIC DA GENITORA

Há reserva sanguínea: SIM Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro e lado da cirurgia: MIE

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 01

Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): NÃO

SIC DA GENITORA

Assinatura Responsável:

Maria Elizabeth Barbosa Pereira

Outros Exames:

SRPA

COREN - 981845 - ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

Nível consciência: CONSCIENTE ORIENTADO

Oxigenoterapia: 02 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: SIM Acianótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE ENCAMINHADO AO RX SEM INTERCORRENCIA PÓS REALIZAR RX SERA ENCAMINHADO AO LEITO DE POI DE FEMUR NA HVP. EM MSD DIURESE PRESENTE, SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

PA: 131X84

SATU: 98

BPM: 69

Assinatura Responsável

Andre Luiz Miguel Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cap: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: _____

Pixeon - 30/03/2019 15:57 (U202/ASSIST.6.0)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 34



Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@vetoxmail.com.br



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** Num. Internação: **1**

Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Acompanhante:

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **Areia Branca**

Bairro :

Ocorrência:

Durante o acolhimento a mãe informou que trauma foi ocasionado por queda de moto.

Evolução do Prontuário:

X - Criança com acompanhante. Paciente amparado pelo ECA. Art. 12.

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Acompanhado pela mãe - Damiana Ferreira dos Santos.
reserva 01

CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO
CRESS - 4824

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, ____/____/____

Pixeon - 03/04/2019 15:57 (U267/ASSIST.6.0)



Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486

Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 35



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01**
Admissão: **30/03/19 08:05** 0 dia(s) de Internação
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas,

30/03/2019 15:46

6963

- 1) **DIPIRONA 500mg/mL ampola**
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) **TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola**
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 3) **CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola**
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluído.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 4) **CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V**
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%

Ferreira de Almeida
Clínica e Traumatologia
Rég. 4746 REC. 15562

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SAO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**
Convênio: **SUS ESTADUAL**
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur**

N.º - 45802
M. 45.803
A. 45.805
Idade: **13 anos**
Prontuário:

0 dia(s) de internação

Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, |

30/03/2019 19:00

- 1) **DIPIRONA 500mg/mL ampola**
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.
Diluir em 8mL de ABD
- 2) **DIETA LIVRE, Uma vez ao dia**
- 3) **PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola**
Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%
- 4) **CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola**
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas
Diluido.
Reconstituir em 10mL ABD,
- 5) **CELECOXIB 100MG/2ML - ampola I.V**
Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.
Diluir Soro Fisiológico 0,9%
- 6) **SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas**
- 7) **CURATIVO, Pela manhã**

Hospital Memorial São Francisco

3036

08:00, 16:00, 24:00, .

(SND)

20:00

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

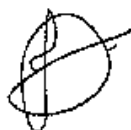
10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .

10:00, 14:00, 18:00, .



Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cap: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES Idade: 13 anos
Convênio: SUS ESTADUAL Reg.: 134387 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 312A
Admissão: 30/03/19 08:05 1 dia(s) de internação
Diag.: S72 - Fratura do fêmur | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas para o

31/03/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.46189	Horários de Aplicação
1) DIPIRONA 500mg/mL ampola Usc: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD		00:00 06:00 12:00 18:00
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SND)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Usc: 01 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	20:00	
4) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Usc: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00 06:00 14:00	
5) CETOPIROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Usc: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9% FAZER MEIA AMPOLA	22:00 10:00	
6) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	00:00 06:00 12:00 18:00	
7) CURATIVO, Pela manhã		

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lemaire, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **LEITO RESERVA 01** 312.1A
Admissão: **30/03/19 08:06** 0 dia(s) de internação
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

30/03/2019 16:46	Horários de Aplicação	6963
1) DIFIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 8mL de ABD	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
2) DIETA LIVRE, Uma vez ao dia	(SFD)	
3) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 05 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%	20:00	
4) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas Diluido. Reconstituir em 10mL ABD,	22:00, 06:00, 14:00	
5) CETOPROFENO 100MG/2ML - ampola I.V Uso: 0,5 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas. Diluir Soro Fisiológico 0,9%	22:00, 10:00	
6) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	00:00, 06:00, 12:00, 18:00	

2- MAN. N 86 DL - O'ADAP 100 mg S. 48h, 0, 8/10/2019
St. NÁUSIAS 00 00/00/00 18/03/2019

Dr. FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES** Idade: **13 anos**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Reg.: **134387** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 312A**
Admissão: **30/03/19 08:05** **2 dia(s) de internação**
Diag.: **S72 - Fratura do fêmur** | Nota: As seguintes subdivisões são fornecidas, p

01/04/2019 08:21

Horários de Aplicação

7036

1/ ALTA HOSPITALAR, Pela manhã

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM: ____/____/____

Pixeon - 01/04/2019 16:01 (U267/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** **14 anos** Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE #FÊMUR**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dietas

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSE

Obs.:

HGT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

18H-APRESENTA SANGRAMENTO IMPORTANTE NO CURATIVO, REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM _____

COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA
30/03/2019 18:00:40





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387**

IH: **1**

Nascimento: **08/05/2005** 14 anos Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Leito: **ENFERMARIA 312A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FÊMUR E**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

-Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**REALIZADO CURATIVO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.
COM GAZE+CLORETO + MICROPORE + ATADURAS.**

Medicações:

Intercomência:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, O2 AMBIENTE, POS DE FÊMUR E H.V EM M&E, MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, COM BANHO NO LEITO, TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA, MASSAGEM DE CONFORTO, VERIFICAÇÃO SSVV, FICA AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN
CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____

COREN: 166956 - ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA
31/03/2019 12:45:43





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134367 III

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS DE FÊMUR E

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Sinais Vitais

Temperatura: 35,5 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x70 Frequência Cardíaca: 98

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE P/ GRAVIDADE

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

LIMPO E SECO

Medicações

ADM MEDICAÇÕES CPM:

Intercorrência:

PACIENTE APRESENTA VÔMITOS, MEDICADO.

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

EUPNEICO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM: ____/____/____

REN: 1153651 - LUANA PATRÍCIA RODRIGUES L. DE OLIVEIRA
31/03/2019 01:49:11

Página:





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387

IF:

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA FEMUR.

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 35,5 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 18 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 80

Acesso Venoso

Dietas

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

EM MSE

Obs.: PRESENTE

HGT

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E SECO.

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITO

Intercorrência:

SEGUE BEM NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Con: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, _____

Juliane

COREN: 636563 - LILIANE BEZERRA DA SILVA

31/03/2019 20:47:0





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA -

Dados do Paciente

Paciente: **GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES**

Registro: **134387** Num.Internação: **1**

Nascimento: **08/05/2005 14 anos**

Data Internação: **30/03/2019 08:05:20**

Evolução: **30/03/2019 15:43:56**

OPERADO REALIZADO:

- 1- TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO
- 2- OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS, FEMUR, EXCETO DA MÃO E DO PE
- 3- OSTEOTOMIA DA Pelve
- 4- NEUROLISE NÃOFUNCIONAL DO NERVO FEMORAL PERIFÉRICO.

Lígia Ferreira de Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM 67461/TO

FILIPPI RANIERI ALVES
CRM - 6963

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol
Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL
EM, ____/____/____





Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: GUILHERME DANIEL SANTOS GONÇALVES

Registro: 134387 IH: 1

Nascimento: 08/05/2005 14 anos Data Internação: 30/03/2019 08:05:20

Leito: ENFERMARIA 312A

Turno: Manhã

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DE FÊMUR.

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,0 °C Saturação O2: 98% Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 80

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso:

Dieta:

Periférico

VO

MSE

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

RENOVADO CURATIVO DA FERIDA OPERATÓRIA PELA EQUIPE DA CCIH.

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE CRIANÇA DE 13 ANOS EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR, CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE, DIETA VO, DIURESE PRESENTE, AFF SSVVS SEM ANORMALIDADES, NA HVP MSE POR GRAVIDADE, REALIZADO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL+TROCA DE FRALDA+TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA+VESTE+MASSAGEM DE CONFORTO. SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. PCT SEGUE DE ALTA HOSPITALAR AGUARDANDO TRANSPORTE. 13:30 HRS PACIENTE SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO DO MAQUIERO EM MACA+FAMÍLIA LEVANDO CONSIGO TDS OS SES PERTENCES.

HOSPITAL MEMORIAL
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, / /

COREN: 1144984 - JACILENE PINHEIRO DA SILVA

01/04/2019 10:40:31

Página 1 / 1

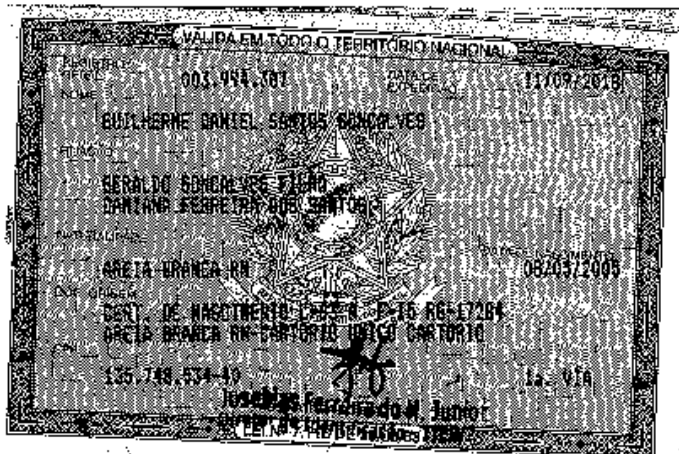
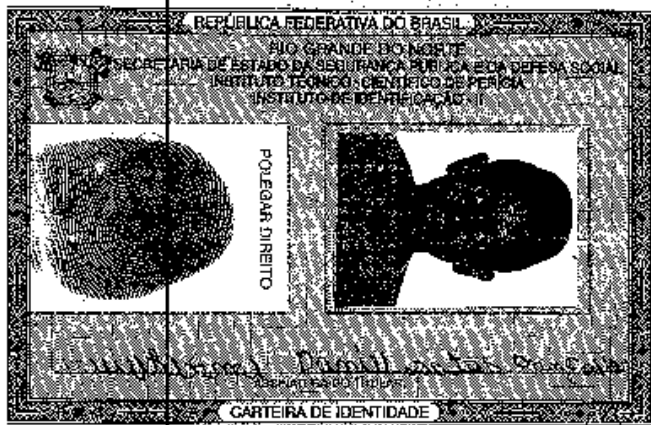


Assinado eletronicamente por: Livia Karina Freitas da Silva - 18/09/2020 21:04:54

<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091821045408100000057906486>

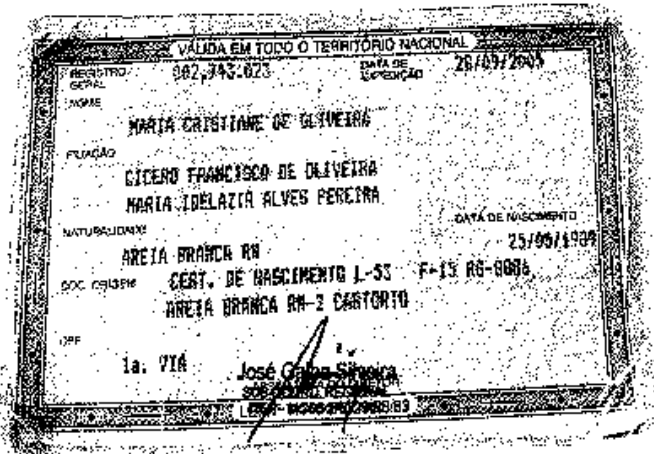
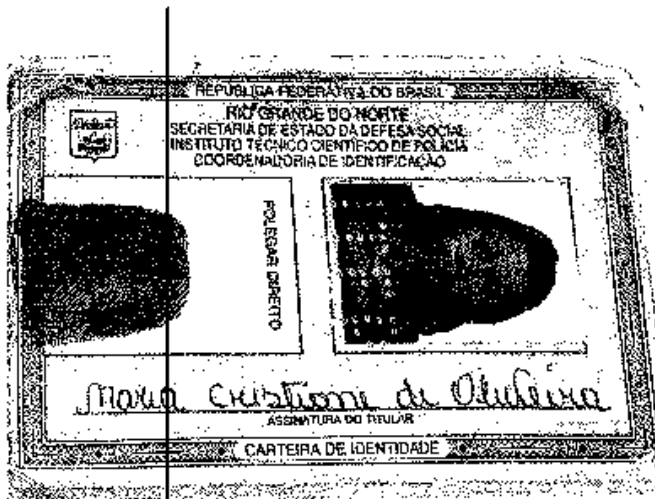
Número do documento: 20091821045408100000057906486

Num. 60347046 - Pág. 46



Vítima





COSEERN
 COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 RUA PEDRA PORTUGUESA, 1111 - JARDIM ALVARES - RECIFE - PE
 CEP: 51010-000

CLIENTE: MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA
 ENDEREÇO: RUA PEDRA PORTUGUESA, 1111 - JARDIM ALVARES - RECIFE - PE
 CEP: 51010-000

CLASSIFICAÇÃO: B1 RESIDENCIAL
 BARRAGEM: 11/10/2019

CONSUMO: 30,000000 kWh
 VALOR: R\$ 87,92

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,27782670	8,33
70,000000	0,38050000	26,63
58,000000	0,25584000	14,83
		0,75
		3,57
		9,08
		7,44

DTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DATA	ANTERIOR	ATUAL	IN DE	CONSTANTE	ANISTE	CONSUMO (KWh)
11-09-2019	5807,00	5865,00	30	1,00000		1650



BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **077.302.474-37**

Nome: **MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **25/05/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **28/09/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:25:23** do dia **05/11/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E5A9.F7C3.CDB8.22F2**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN Nº 014528985485
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CCG RENAVAM 00908126477 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
JANILSON DE OLIVEIRA MARTILIANO

CPF/CNPJ 097.598.504-74 PLACA MZL9747

PLACA ANT./UF MZL3747 /RN CHASSI 9C2KC08107R013143

ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS ANO FAB. 2006 ANO MOD. 2007

CAR./POT./CIL 0CY/149 CILINDRADAS CATEGORIA PARTICULAR COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA R\$ 0,00 VENC. COTA ÚNICA 14/05/2019 1º ISENTO

FAIXA LRYVA PARCELAMENTO/COTAS 002807 3X R\$ ***** 2º ISENTO

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO *** LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KC08107R013143

DATA 16/07/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA

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

RN Nº 014528985485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorelider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019

VIA 1 CCG RENAVAM 097.598.504-74 PLACA MZL9747

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN XS

ANO FAB. 2006 COR PREDOMINANTE PRETA

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO (R\$)

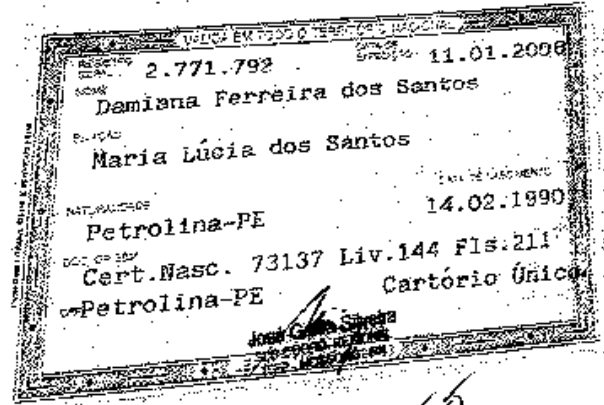
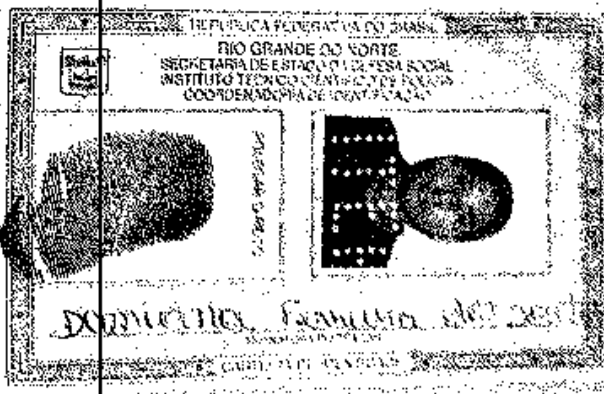
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04





REPRESENTAÇÃO
LEGAL

**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número
080.253.654-92

Nome
DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
14/02/1990

COSERN
COPET
CASA AFERIDA DOS SANTOS

CPF 080.253.654-92 NIS 1082368828

CLASSIFICAÇÃO
01 RESIDENCIAL
BAVARENSIA COMENS

037447887 UNICA 11/10/2019

137000000 301083572 2549994

11/10/2019

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,27782673	6,83
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,38058065	27,33
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	58,000000	0,58684009	38,97
Atividade Bandeira AMARELA			0,76
Atividade Bandeira VERDE/VERMELHA			3,57
Contrib. Imp. FV Local Municipal			8,03
ICMS - Parcela Subvenção			7,44

TOTAL DA FATURA 87,92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

OR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0000	CAF	11-09-2019	5507,00	11-10-2019	5666,00	30	1,00000		159,0



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655195 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
GONCALVES

PARECER

Diagnóstico: Fratura do fêmur esquerdo

Descrição do exame físico: Apresenta coxa esquerda com cicatriz de procedimento cirúrgico, joelho esquerdo com limitação moderada da flexão, extensão preservada, quadril esquerdo com movimentos presentes e sem dismetria dos membros inferiores.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo, ficou internada com tração esquelética por 30 dias onde retirou para ir de alta hospitalar. Após iniciar a fisioterapia a fratura não consolidada teve desvio e por isso necessitou realizar osteotomia do fêmur esquerdo e colocação de placa e parafusos, fez fisioterapia motora. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655195 **Cidade:** Areia Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 17/19

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413812/19

Vítima: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

CPF: 135.748.534-40

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DAMIANA FERREIRA DOS SANTOS : 080.253.654-92

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA : 077.302.474-37

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

GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES : 135.748.534-40

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: 25/11/2019
Nome: MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA
CPF: 077.302.474-37

MARIA CRISTIANE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

GERCIA LOURENCO DA SILVA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190655195**

Nome do(a) Examinado(a): **GUILHERME DANIEL SANTOS GONCALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PEDRA PORTUGUESA, 08 - Areia Branca - RN - CEP 59655-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /RN**] **003.994.387**

Data e local do acidente: [**16/07/2018**] **BR 110, Km 6, areia Branca, RN**

Data e local do exame: [**11/12/2019**] **Mossoró** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do fêmur esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Apresenta coxa esquerda com cicatriz de procedimento cirúrgico, joelho esquerdo com limitação moderada da flexão, extensão preservada, quadril esquerdo com movimentos presentes e sem dismetria dos membros inferiores.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de acidente de moto onde sofreu fratura fechada da diáfise do fêmur esquerdo, ficou internada com tração esquelética por 30 dias onde retirou para ir de alta hospitalar. Após iniciar a fisioterapia a fratura não consolidada teve desvio e por isso necessitou realizar osteotomia do fêmur esquerdo e colocação de placa e parafusos, fez fisioterapia motora. Alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luis F. C. Nascimento
CRM: 4863 - RN

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN

