

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2852454520200923172501

Processo 0822689-61.2020.8.23.0010 ☆ - (19 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 10441 - Acidente de Trânsito

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à **Descrição:**

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	10	23/09/2020 17:25:01 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (07/09/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2751653CONTESTACAO01.pdf	Público
10.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2751653CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
10.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2751653CONTESTACAOAnexo03.pdf	Público
10.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
9	15/09/2020 11:00:29	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 15/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/09/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8	14/09/2020 08:54:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/09/2020)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário
7	14/09/2020 08:54:33	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDO LEÃO BARRETO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (07/09/2020)	JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário
	6	07/09/2020 10:05:19 CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	03/09/2020 22:04:46	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	03/09/2020 22:04:45	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	03/09/2020 22:04:45	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	03/09/2020 22:04:45	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
	1	03/09/2020 22:04:45 JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VICTÓRIA FRACALOSSI DE MELO Advogada

2751653- C3/ 2020-03500/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08226896120208230010

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 **RAIMUNDO LEAO BARRETO**, 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 **10/02/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/10/2016**.

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



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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

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

Conforme entrevista realizada pela seguradora à parte autora, consta no Boletim de ocorrência que a vítima foi a comunicante, porém a mesma declarou que não foi a responsável pelo registro na Delegacia, e sim seu intermediário, conforme consta na declaração em anexo.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis e a sua devida autenticidade, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora para a confirmação do acidente e a dinâmica do mesmo, além dos fatos expostos acima.

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

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

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

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.

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.

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

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 **10/02/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de 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 parciais⁴.

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

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

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

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

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

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



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)**.

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.

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

⁷art.

1º

(...)

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 21 de setembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



QUESITOS DA RÉ

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

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



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO LEAO BARRETO**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08226896120208230010.

Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819





Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11554854

A/C: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Sinistro: 3170422558 ASL-0297871/17
Vítima: RAIMUNDO LEAO BARRETO
Data Acidente: 10/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00701/00702 - carta_02





Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11643998

A/C: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Sinistro: 3170422558 ASL-0297871/17
Vitima: RAIMUNDO LEAO BARRETO
Data Acidente: 10/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAIMUNDO LEAO BARRETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003588

Conta: 0000005014-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.


Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO LEAO BARRETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 85203 EXPEDIDO POR SSPI RR EM 29/08/05 E

CPF 372135242-08 / CNPJ _____ PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEAO BARRETO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Plano ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta e todo documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/s scanner, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4

Bom Vista - RR - CEP 69301-410

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3598

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5014 - 6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

POA VISTA, 10 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias CA
CAIXA Loterias
CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

236-758801591-9

23/AGO/2016

HORA DE 15:20:19

LOT: 33.18969-7

TERN: 046750

LOCALIDADE: BOA VISTA

AG. VINCULADA: 0653

CONTROLE: 545175908

DEPOSITO EM DINHEIRO

3588 013 00005014-6

RAIMUNDO LEAD BARRETO

VALOR

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

236-758801591-9

1ª VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. General Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. General Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Tania Helena
(95) 99139-4405
3224-6579



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RAIMUNDO LEÃO BARRETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 85203

EXPEDIDO POR SSP/RR

EM 29/08/05 E

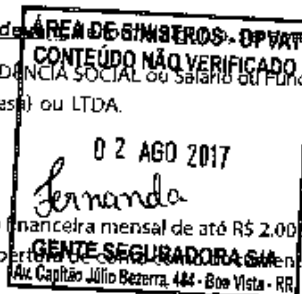
CPF 382135242-68 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEÃO BARRETO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta bancária);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3588 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05014-G

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BOA VISTA 20 de JULHO de 2019

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Fernando Leão Barreto

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias
CAIXA Loterias
CAIXA Loterias
CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
SAC: 0800-726-0101
OUBRERIA 0800-725-7474
236-758801591-9
23/09/2018 HORA DE 15:20:19
NOT: 3318969-7 TERM: 046750
LOCALIDADE: BOA VISTA
AS. VINCIA: 0063 CONSOLE: 545175008
DEPOSITO EM DINHEIRO
3588 013 00005014-6
RAIMUNDO LEAO BARRETO
VALOR 5,26
ESTE REGISTRO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO
236-758801591-9
VIA

(95) 99139-8405
3224-6579



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 22.04 /2016 - Boa Vista-RR, em
18/10/2016

COMUNICANTE: Raimundo Leão Barreto

RG: 85203

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 382.135.242-68

ENDEREÇO: Rua: Raimundo A. Cavalcant, Nº 164

BAIRRO: Aparecida

CIDADE: Boa Vista-RR

SEXO: Masculino

PROFISSÃO: Pescador

NATURALIDADE: Boa Vista

ESTADO: Roraima

DATA DE NASCIMENTO: 25/09/1972

IDADE: 44 anos

GRAU DE INSTRUÇÃO:

ESTADO CIVIL: Casado

TELEFONE: 99115-5167

Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: Raimundo Rodrigues Barreto

NOME DA MÃE: Elvina Brasil Leão

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 00:45 Horas do dia 10/02/2016, na Rua Bacabeira, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista, aconteceu o seguinte fato:

COMUNICA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS; CHASSI 9C2JC41100DR810435; PLACA NAV9259, COR VERMELHA, ANO 2013 DE PROPRIEDADE DE LUCIA DE ALMEIDA INACIO. QUANDO NA REFERIDA RUA, BAIRRO SENTIDO CENTRO, UM VEICULO INVADIU A PREFERENCIAL, BATENDO EM SUA MOTOCICLETA, O MESMO NÃO CONSEGUIU DESVIAR, VINDO A CAIR. O VEICULO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO HGR. É O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DE ORDEN DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

18 OUT. 2016

AGENTE DE POLÍCIA

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO

DOCUMENTOS ANEXOS

- ROPPM OU BATPRP
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410



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

378455

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025100/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/07/2017 09:58
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/07/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

Data/Hora Fim: 18/07/2017 10:11



DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 10/02/2016 00:45

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA BACABEIRA

Bairro: Paraviana

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

Lei Maria da Penha

Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: RAIMUNDO LEÃO BARRETO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

Profissão: Pescador

Nome da Mãe: Elvina Brasil Leão

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA RAIMUNDO A. CAVALCANTE

Bairro: NOSSA SENHORA DA APARECIDA

Telefone: (95) 99151-1567 (Celular)

Nº: 164

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonele

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

(Desconhecido 1)

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAV9259

Número do Chassi: 9C2JC4110DR810435

Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Raimundo Leão Barreto

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta de propriedade de LUCIA DE ALMEIDA INACIO, quando um carro invadiu a preferência causando a colisão entre os veículos, onde o comunicante caiu quebrando o tornozelo direito. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que o motivo da BO é para fins de REQUERIMENTO DO SEGURO DPVAT. OBS: O



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 18/07/2017 10:12
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025100/2017

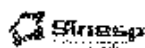
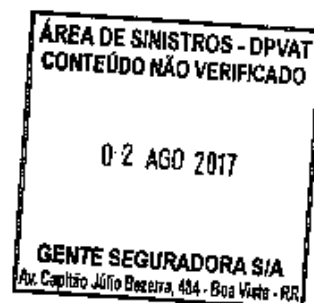
COMUNICANTE NÃO É HABILITADO. É O RELATO

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Raimundo Leão Barreto
Comunicante

Declaram para os devidos fins de direito que sou(s) o(s) autor(es) responsável(is) pelas informações acima apresentadas e gente que poderá responder civil e criminalmente pela veracidade das informações que dei(amos), conforme previsto nos Artigos 339 Denúncia Caluniosa e 349 Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 18/07/2017 10:12
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documentos de Identificação



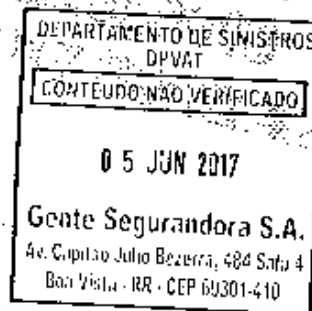
Eu, Raimundo Leão Barreto, portador da carteira de identidade nº 85203 e inscrito no CPF/MF sob o nº 382.135.242-68 residente e domiciliado na R. Raimundo A. Cavalcant Cidade Bom Vista Estado Roraima declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

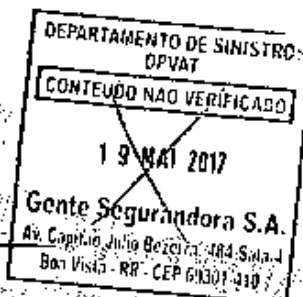
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la; caso, discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Bom Vista, 10/05/13

Local e data



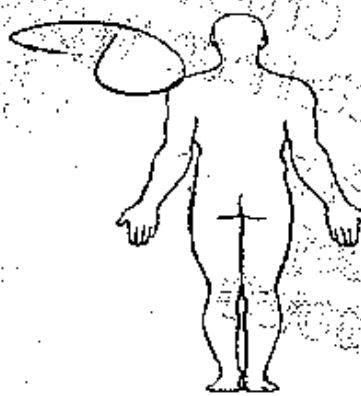
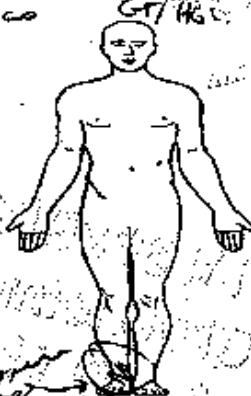
FICHA DE ATENDIMENTO						
Unidade: <u>SAU</u>	Equipe: <u>Vitoria/Eladio/Toni</u>					
Paciente: <u>Raimundo Bento Barreto</u>	Idad: <u>7</u>					
Endereço: <u>2 Diabem - Prolifera</u>						
Nº: <u>2538</u>	DATA: <u>10/02/16</u> HORA: <u>01:07</u>					
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Luiz</u>						
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO						
MECANISMO DE TRAUMA						
AUTOMÓVEL Cinto: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima: <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> motorista <input type="checkbox"/> passageiro Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	MOTO <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão BICICLETA <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão					
VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espantamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:					
AVALIAÇÃO INICIAL						
Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro:	Ventilação M.V. Diminuído M.V. Ausente Hipertimpanismo Mucos Ferida Aspirativa					
Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Esquímico capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica AVDN Mioses Músculo Anisocoria Otorrhea Dor de cabeça Rinorréia Apontamento alveolarizado Outro:					
SINAIS VITAIS E ESCORES						
Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R bpm	Sat O2 %	T. Aux °C	APGAR
Início						
Fim						
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
Pele <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Caprótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfema Sub-Cutâneo	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Traux Inestável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamporemto	Extremidades <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Traux Inestável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamporemto	
Pele <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação	Fratura <input type="checkbox"/> Amputação			
AVALIAÇÃO CARDIACA		AÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PRETERITA		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilação	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediatría <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros	
GRAVIDADE COMPROVADA		PEQUENA MORTE		OUTRO		
<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> PEQUENA MORTE		<input type="checkbox"/> OUTRO		
INCIDENTE		MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS				
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontra no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Fim <input type="checkbox"/> Bombeiro no local		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 486 Sala 4 Bom Vista - RR - CEP 69201-410				
RCP		DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA				
<input type="checkbox"/> Iniciado as: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs:		05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 486 Sala 4 Bom Vista - RR - CEP 69201-410				

TERMO DE RECUS	DECLARAÇÃO DO PACIENTE	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:
	DECLARAÇÃO DO PACIENTE	Declara para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 3 anos	Escala				
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta verbal (verbal)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		36 - 40	2	
Orientação	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta motora (motor)	01 - 05	1	
	Orientado	Resposta	5		06 - 12	2	
	Confuso	Choro irritado	4		13 - 15	3	
Resposta verbal	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Resposta motora (motor)	16 - 20	4	
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2		21 - 24	5	
	Nenhuma	Nenhuma	1		25 - 35	6	
Resposta motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	36 - 40	15	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		01 - 05	1	
	Flexão normal	Reflexo a dor	4		06 - 12	2	
Extensão a dor	Flexão anormal	Flexão normal	3		13 - 15	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		16 - 20	4	
	Nenhuma	Nenhuma	1		21 - 24	5	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Seguradora S.A.
Rua João Bazarra, 494 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Atendimento de acidente com trauma em braço direito, resposta satisfatória, apresenta fratura exposta de ulna e rádio, com presença de corpos estranhos no local.



CONFERE COM O ORIGINAL
EMP 06/16-2

IG p/ semana: _____ Perda de líquido: _____ [] Com cartão [] Sem cartão	Movimentos fetais: _____ BCF: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO - Insumos - Anestésicos - Gases de - Equipamentos - Soro fisiológico - Rotação - Soro fisiológico - Soro fisiológico
---	--	--





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Leão Barnett

RG nº 85203, data de expedição 29/08/05, Órgão SSP/RR

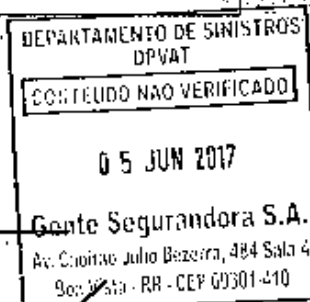
CPF nº 392.135.242-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: Raimundo A Cavalcant</u>
Número	<u>164</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Apasceira</u>
Cidade	<u>Bom Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.306-430</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 99115.1563</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Vista, 10/05/13

Assinatura do Declarante: Raimundo Leão Barnett



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para consultar com a Eletrobras informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
117424-0

Nº da Nota Fiscal: 000098191

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEEE criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Endereço: Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.021-341 - Fone: (68) 324.0074 - Telex: 440074013
Nota Fiscal nº 000098191 - Série B-1
Regime Especial de Imposto de Renda - RSEI 348/12

CONTÁ MES: JULHO/2015 VENCIMENTO: 11/08/2015 CONSUMO (KWH): 103 TOTAL A PAGAR (R\$): 53,12

RAIMUNDO LEAO BARRETO
R. RAIMUNDO A. CAVACANT 164 1 APARECIDA
CPF: 00038213524268
CEP: 69.306-430 - BOA VISTA

ROT: 13.001.04.02.005403

DATA DE VENCIMENTO	VALOR
Atual:	3909
Anterior:	3806
Consumo de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	103
Consumo Faturado:	103 FCAH

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Padronização: 33

Classe/Subclasse	Uso	Medidor	Posição	Código	Módulo
RESIDENCIAL	BI	11EDB03769 N	1610245	1.2.2.2	150

HISTÓRICO DE CUSTAS	DESCRIÇÃO DA CUSTA	VALOR
JUN/15 95	CONSUMO 103 x R\$ 0,361102 =	37,19
MAR/15 86	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 04/15-00	0,19
ABR/15 117	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/15-00	0,73
MAR/15 141	MULTA POR ATRASO DE I 04/15-00	1,08
FEV/15 150	JUROS DE HORA POR ATR 04/15-00	0,26
JAN/15 168	MULTA POR ATRASO 04/15-00	0,40
DEZ/14 175	JUROS DE HORA DE INPD 04/15-00	0,93
NOV/14 186	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	11,87
OUT/14 185		
SET/14 203		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 103 x 0,285760

MENSAGENS IMPORTANTES / SERVIÇO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2015 Valor R\$: 51,49

Unidade consumidora sujeita à responsabilidade de fornecer, por de
energia elétrica a partir de 15/06/2015, os dados das contas
resultantes desta fatura. O não pagamento poderá acarretar
com a inclusão do nome do consumidor no "SPERA". Informações
sobre o sistema de cobrança e a possibilidade de cancelamento
podem ser obtidas no site da ELETROBRAS ou pelo telefone 0800-07019120. Caso tenha efetuado
o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS (LBY) INCLUIDA EM SUA
FATURA, ESTA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CA
NAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 23 26

RESERVADO AO FISCAL: 083C.51BF.28BE.64E0.04F1.1C23.4E87.D183

COMPOSIÇÃO DA CUSTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 13,73	Base do Cálculo: 37,19
Energia: 14,13	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 6,32
Encargos: 1,99	Valor do PIS: 0,18
Tributos: 7,34	Valor do COFINS: 0,84

INDICADORES DE CONSUMIDOR

Indicador	Unidade	Valor
Consumo	Mensal	5,79
	Trimestral	11,58
	Anual	23,16
Perda	Mensal	4,11
	Trimestral	8,23
	Anual	16,47
Perda	Mensal	3,37
	Trimestral	6,66
	Anual	13,32

Período de observação: 05/2015

Conjunto: CENTRO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

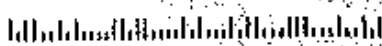
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Tania Helena
(95) 99139.8405
3204.6579



CDD BOA VISTA RR
TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO
ANTONIO AUGUSTO MARTINS 347
SAO FRANCISCO
69305-270 BOA VISTA RR

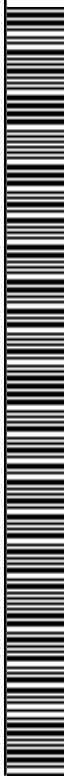
Data de Postagem: 27/05/2017 Data de vencimento: 03/06/2017



721341917080063000000062330270317

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tânia Helena L. de Melo, portador(a) do

RG nº 1.840.49, expedido por SSP/RO, em

09/03/1992, CPF/CNPJ nº 521.026.772-49

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Raimundo

Leão Barreto do sinistro de DPVAT da natureza Incidente

da vítima Raimundo Leão Barreto, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: 05 JUN 2017

Profissão: Recebe Renda Mensal: R\$ Recebe

Documentos comprobatórios: Recebe

Tânia H. L. de Melo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lúcia de Almeida Trácio

RG nº 174.102 data de expedição 1/1/1979

Órgão SSP/RN portador do CPF nº 023.972.142-53, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Raimundo A. Casimiro, nº 160,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Raimundo Leão Barreto cujo o condutor era

Raimundo Leão Barreto

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda / CG 125 FAN KS

Ano: 2013

Placa: NAV 9259

Chassi: 9C2JC4110D810435

Data do Acidente: 10/02/16

Local e Data: Boa Vista, 08/05/17

Lúcia de Almeida Trácio

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Alcides Leite, 4507 - Av. Branco - Boa Vista/RN
Fone: (085) 3677-4110
e-mail: daniel.aquino@cartorio2boavista.com.br

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)
(original) - LÚCIA DE ALMEIDA TRÁCIO

Do que dou fé, Boa Vista, 08 de Maio de 2017

Daniel Antonio de Aquino Neto - Tabelião

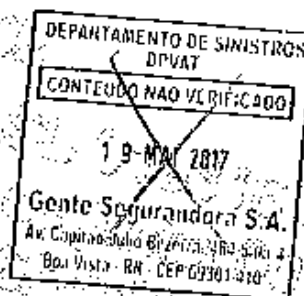
Camila Retroz - Escrevente Autorizada

BPDO - Em testemunho da verdade.

Emolumentos: R\$ 2,35 - Fundos/SS R\$ 0,60 Valor Total: R\$ 2,95

Daniel Aquino

Camila Retroz
Escrevente Autorizada



7/2/2016

via de Alertamento D2 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES / 3308 - AEROPORTO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Procedência Temp.

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Sintoma: Tosse Respiratória

Alta e liberação para o trabalho, Sala 4

Boa Vista, RR, CEP 68301-310

GSC

DATE: 19900220 02:21:34

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projedi.ijr.jus.br/projedi/> - Identificador: PJVZN NDDLCL MK2UU L3G3R

HOSPITAL GERAL DE BORRACHARIA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 514
Novo Planalto Tel. (55) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO


20 JUL 2016

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Frezza, 484 Sala 4
Bo. Vista - RR - CEP 69301-410

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE P.S.		2 - CNES 05 JUN 2017		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE P.S. - HGA		4 - CNES 05 JUN 2017	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE RAIMUNDO LEÃO BARRETO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 134 482		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 0 3 2 0 5 6 0 5 1 2 6 6 9 2		8 - SEXO M	
9 - DATA DE NASCIMENTO 25/09/72		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Edina Brasil Lima		11 - TELEFONE DE CONTATO 915		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Raimundo Anacleto Cavalcante, 142 - Aparecida	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF RJ		16 - CEP 21.111-111		17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Softe acidente, apresentando, hematomas, exposição óssea e deformidade tornozelo dir.	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIPURBIA		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Pr. Tornozelo direito		20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO LUXO FRATURA EXPOSTA TORNOZELO DIR.		21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 ADICIONAIS ASSOCIADAS	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO DEBRIQUENTO CIRURGIA + FIOFIO + FIOFIO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 511 K 19 15 216 12 21 11		26 - CLÍNICA CIRURGIA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Jesus A. Lopez Aguiar		29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/12/16		30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 10/12/16		31 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 10/12/16	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
32 - ACIDENTE DE TRABALHO 33 - ACIDENTE DE TRABALHO VÍCIO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - CNPJ EMPRESA 38 - CNPJ EMPRESA 39 - CNPJ EMPRESA		40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNES DA EMPRESA 43 - CSOR		44 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 45 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 10/12/16		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

216-3



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		Raimundo Leão Baptista	
DIAGNÓSTICO		LUXO FRATURA EXPÓZTA TORPO 2º DÍG.	
ALÉRGICAS		HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA	10/02/16

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA	SUD
2	SF 0,9% 500 ML EV 12/12H	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
5	TILATIL 20MG EV 12/12H	
6	DIPIRONA 1G EV OU VO 4/4H	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EIA JEJU	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS / DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP: 69301-410

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Av. Brig. Eduardo Gomes, 1511

Boa Vista - RR - CEP: 69062-900

20 JUL 2016

AUTENTICAÇÃO

Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel reprodução Original e foi apresentada nesta data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS / DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAR 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4

Boa Vista - RR - CEP: 69301-410

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

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 10/05/2017 O.S. 001435

PAI, HENRIQUE LUIZ - 10/05/2017

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LUX. PAINHA L. 10/05/2017

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 10/05/2017

TIPO DE INTERVENÇÃO: 10/05/2017

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 10/05/2017

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 10/05/2017

CIRURGIÃO: Dr. Teles 1º AUXILIAR: DR. 10/05/2017

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA: 10/05/2017

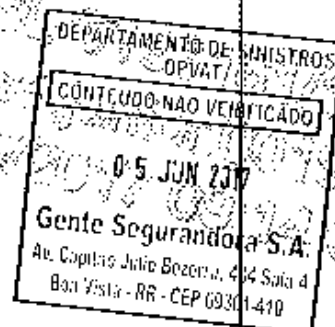
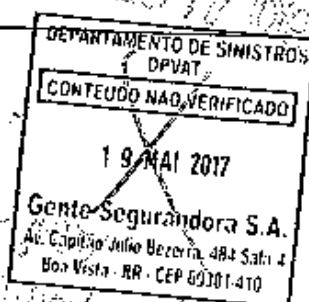
3º AUXILIAR: ANESTESIA: 10/05/2017

ANESTESISTAS: Dr. F. 10/05/2017

ANESTÉSICO: 10/05/2017

INÍCIO: 10/05/2017 FIM: 10/05/2017 DURAÇÃO: 10/05/2017

RELATÓRIO CIRÚRGICO





GOVERNO DO ESTADO DE ESPÍRITO SANTO

FICHA DE ANESTESIA

Решение LGD ЗРЕЛЫЕ

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

ME 2.5mg / 10:30h

PR 0.5mg / 10:30h

10-02-15

A	P	14	20	26	32	38	44	50	56	62	68	74	80	86	92	98	104	110	116	122	128	134	140	146	152	158	164	170	176	182	188	194	200	206	212	218	224	230	236	242	248	254	260	266	272	278	284	290	296	302	308	314	320	326	332	338	344	350	356	362	368	374	380	386	392	398	404	410	416	422	428	434	440	446	452	458	464	470	476	482	488	494	500

LÍQUIDOS VENOSOS	S	M	14	20	26	32	38	44	50	56	62	68	74	80	86	92	98	104	110	116	122	128	134	140	146	152	158	164	170	176	182	188	194	200	206	212	218	224	230	236	242	248	254	260	266	272	278	284	290	296	302	308	314	320	326	332	338	344	350	356	362	368	374	380	386	392	398	404	410	416	422	428	434	440	446	452	458	464	470	476	482	488	494	500

DR	R	14	20	26	32	38	44	50	56	62	68	74	80	86	92	98	104	110	116	122	128	134	140	146	152	158	164	170	176	182	188	194	200	206	212	218	224	230	236	242	248	254	260	266	272	278	284	290	296	302	308	314	320	326	332	338	344	350	356	362	368	374	380	386	392	398	404	410	416	422	428	434	440	446	452	458	464	470	476	482	488	494	500

Dr. Alberto P. M. Herrera

Código	Descrição
0000	0000
0001	0001
0002	0002
0003	0003
0004	0004
0005	0005
0006	0006
0007	0007
0008	0008
0009	0009
0010	0010
0011	0011
0012	0012
0013	0013
0014	0014
0015	0015
0016	0016
0017	0017
0018	0018
0019	0019
0020	0020
0021	0021
0022	0022
0023	0023
0024	0024
0025	0025
0026	0026
0027	0027
0028	0028
0029	0029
0030	0030
0031	0031
0032	0032
0033	0033
0034	0034
0035	0035
0036	0036
0037	0037
0038	0038
0039	0039
0040	0040
0041	0041
0042	0042
0043	0043
0044	0044
0045	0045
0046	0046
0047	0047
0048	0048
0049	0049
0050	0050
0051	0051
0052	0052
0053	0053
0054	0054
0055	0055
0056	0056
0057	0057
0058	0058
0059	0059
0060	0060
0061	0061
0062	0062
0063	0063
0064	0064
0065	0065
0066	0066
0067	0067
0068	0068
0069	0069
0070	0070
0071	0071
0072	0072
0073	0073
0074	0074
0075	0075
0076	0076
0077	0077
0078	0078
0079	0079
0080	0080
0081	0081
0082	0082
0083	0083
0084	0084
0085	0085
0086	0086
0087	0087
0088	0088
0089	0089
0090	0090
0091	0091
0092	0092
0093	0093
0094	0094
0095	0095
0096	0096
0097	0097
0098	0098
0099	0099

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69330-410

PERDA SANGUITEA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Bom Volar - RR - CEP 66301-420




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA	
NOME DO PACIENTE		Nº	CIRURGIÃO	DATA	
Raimundo Leão Barreto		43 a		10 - 02 2017	
CIRURGIÃO					
TEMPO DE DURAÇÃO					
Tratamento Cirurgico de Luxo-fratura de TNZ "D"					
INÍCIO FIM					
11:45 12:45					
EQUIPE MÉDICA					
ANESTESISTA					
Dr. Jesus		Dr. Fabiano + Dr. Adonias			
1ª AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
3ª ALMOXARIFE		CIRCUANTE			
Tipo de Anestesia		Tempo de duração			
Raqui					
MATERIAIS		VALOR	QUANTO	MEDICAMENTOS	VALOR
CATETER SIMPLES N°				HÓRIS DE OXIGÊNIO 2 L/min	
CATETER SIMPLES N°			<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO %cc	0,9/- 500 ml
CATETER SIMPLES N°				FRASCO-SORO	
CATETER N°				FRESQU SORO GLUCOSADO %cc	
CATETER CRONADO N°				FRASCO SORO GLUCOSA %cc	
CATETER CRONADO N°			± 10 ml	KIDOPANA 2%cc	
CATETER TRAQUEÁTICO RETO			1	ELVIEL Cateter de O ₂	
CATETER TRAQUEÁTICO CURVO			<input checked="" type="checkbox"/>	FLUOTHANE Elinedos	
FIO DE SEDE N°			± 50 ml	PENTRANE Clorexidina 2%	
FIO DE ALGODÃO N°				ENTRANE	
MONITORION COM AGULHA nº 0			± 100 ml	ÉTER Alcool à 70%	
MONITORION SEM AGULHA			1	ATROPINA Seringas 1 ml	
ENROLHOS DE GAZE c/ 20 vnds			7	PROSTGMINE II 3 ml	
PARIS DE LUVAS Nº 7, 7½			7	THIONEUBITA II 5 ml	
EQUIPOS PARA SORO Macroga			7	MARCAINA II 10 ml	
FILLOS DE ESPARADRAPO			7	INOVAL II 20 ml	
DRENOS N°			7	GLUCOSE % Aladures (15) cm	
SERENAS N°			7	ÁGUA OXIGENADA	
AGULHAS p/ raquianestesia			7	MENTHIOLATE	
COMPRESSAS c/ 03 vnds			7	MERCÚRIO CROMO	
LÂMINAS PARA BISTURI Nº 2 A			7		
SOMA				SOMA	
MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - POSTO DOS RESPONSÁVEIS		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		TESTA DE ANESTESIA	
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO		CONTÉUDO NÃO VERIFICADO		SUB-TOTAL	
19 MAR 2017		05 JUN 2017		SOMA	
Gente Seguradora S.A.		Gente Seguradora S.A.		TAXA DE SALA	
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4		Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4		TAXA DE ANESTESIA	
Boa Vista RR - CEP 69301-400		Boa Vista RR - CEP 69301-400		EM ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Raimundo Leão Barreto

TTO: Cirurgia de Luxação Trocântica

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		TRANSOPERATÓRIO					SRPA		Sinais Vitais				
Data:	Idade:	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	1h	2h	3h	4h	5h
10/02/2016	43 a	10:40	11:15	10:47	12:15		<u>Prost. de Luxação Trocântica</u>	<u>Propofol</u>					
Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u> Idade: <u>43 a</u> Sexo: <u>M</u> Cirurgia Proposta: <u>Prost. de Luxação Trocântica</u>		Anestesia: <u>Raqui</u> Posicionamento: <u>dorsal</u> Hidratação Infundida: <u>SF a 0,9%</u> Antibiótico-Terapia: <u>Nome: _____ Dose: _____</u> Hemoderivados: <u>Não</u>		Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> °C P: <u>70</u> bpm SAT: <u>98</u> % R: <u>16</u> rpm FC: <u>72</u> bpm		Localização: 		Sinais Vitais: 1h: <u>PA 120/80</u> 2h: <u>98</u> 3h: <u>98</u> 4h: <u>98</u> 5h: <u>98</u>					
1. Informações: <input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> U.T.I. 1 <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> U.T.I. 2 <input type="checkbox"/> Outros: Cirurgia Proposta: _____		2. Estado Emocional/Mental: <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>calmo</u>		3. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> °C P: <u>59</u> bpm FC: <u>59</u> bpm SAT: <u>98</u> % R: <u>16</u> rpm <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular		4. Balanço Hídrico: EV: <u>500</u> HV: <u>1500</u> CH: <u>1000</u> SNG: <u>1000</u> Dreno: <u>1500</u> Otuse: <u>1000</u> SNG: <u>1000</u> Outros: <u>1000</u>		5. Outros: 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros: _____					
6. Condições da Pele: <input type="checkbox"/> FAS <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> IDe <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> IEn <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> IDe <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> IEn <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> IEn <input type="checkbox"/> Frac. Exposta		7. Legenda: 1. Eletrodo 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Estímulo 5. Incisão 6. Cateter 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG 10. Faixa de Smech 11. Outros: _____		8. Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros: _____		9. Ass.: <u>Rebeca Cecília Costa</u>		10. Instrumento elaborado pelas Enfermeiras da COOPENURE - AM/ 2015 adaptado pelas Enfermeiras HGR-PAAR-PSFE-RR/2015					

Doc "B" - 216-3

216-3

ORTOF: 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989

Atividade Médica Diária

Assinado: Leão Brito

Os Responsáveis

11/10/2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	SND
02	SCALP SALINIZADO	manter
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	12° 24°
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12° 18° 24° 00
05	DIPIRONA 1AMP EV 6/6H	12° 18° 24° 00
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H (SIN)	SN
07	OMERPAZOL 20MG EV 1 X DIA	SND
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8H (SIN)	SN
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA > 160X100MMHG	SN
10	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
11	CCGG +SSVV 6/6 H	Rotina
	Presc: 4 Lin 2 Amp @ 8/8h	14° 3/2 06

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 05 JUN 2017
 Gente Seguradora S.A.
 Av. Capitão João Baptista, 489 Sala 4
 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 13 MAI 2017
 Gente Seguradora S.A.
 Av. Capitão João Baptista, 489 Sala 4
 Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Eritório P. Passos
 Registre Grupos Especializados
 CEMARR 1867

11-01-2016
 PA = 155x106
 FC = 73
 JSD, PA 130x90mm

LPA 127x88mm

4 Dec 21 12:22 PM

FL-15

$$T = 36.5^\circ$$

24h: T 36°C

PA 120780

USA PA	30 x 90 mm
--------	------------

FC 6650

5.34%

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projedi.ijr.jus.br/projedi/> - Identificador: PJVZN NDDLCL MK2UU L3G3R





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

246-03

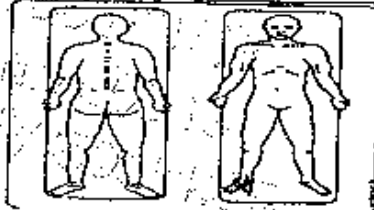
Nome: **Raimundo Leão Barreto**

DATA: **13/06/16**

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

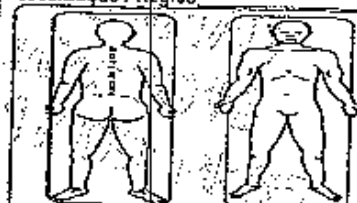


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Cor de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Perilesional:

☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Deixar

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01- **[Assinatura]**
[Carimbo]

02- **[Assinatura]**
[Carimbo]

01-

02-

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484, Sala 4
Bar. Vista - RR - CEP 69301-410

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484, Sala 4
Bar. Vista - RR - CEP 69301-410

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

REC.

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

DATA DE ADMISSÃO: 12/06/2017

PROBLEMA: 236-3

DIAGNÓSTICO: 236-3

ALERGIAS:

DIETA: DIETA ORAL LIVRE

PRESCRIÇÃO:

ITEM	PRESCRIÇÃO
1	DIETA ORAL LIVRE
2	
3	CLARITRINA 10 mg
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR
5	SE FALTAR ITEM 4 REALIZAR
6	SE FALTAR ITEM 5 REALIZAR
7	SE FALTAR ITEM 6 REALIZAR
8	SE FALTAR ITEM 7 REALIZAR
9	SE FALTAR ITEM 8 REALIZAR
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR
11	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR
12	SE FALTAR ITEM 11 REALIZAR
13	SE FALTAR ITEM 12 REALIZAR
14	SE FALTAR ITEM 13 REALIZAR
15	SE FALTAR ITEM 14 REALIZAR
16	SE FALTAR ITEM 15 REALIZAR
17	SE FALTAR ITEM 16 REALIZAR
18	SE FALTAR ITEM 17 REALIZAR
19	SE FALTAR ITEM 18 REALIZAR
20	SE FALTAR ITEM 19 REALIZAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Box Vista - RR - CEP 69301-410

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EXAMINADO:

CONDIÇÃO:

PROGNÓSTICO:

COMPLAÇÃO DE ATENDIMENTO:

SINAIS VITAIS:

PA	FR
127/80	39,0
120/80	36,9
120/80	36,8



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06 Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2015 Fevereiro 2013
ENF/LEITO: 216-B


Nome: Raimundo Barreto	
DATA: 13.02	Localização / Região: MIB
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Diária
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- Silva 02- Ana
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0-5 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Brizola, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 03101-410

OBS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Brizola, 484 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 03101-410

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser enviadas separadamente.



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

PRESCRIÇÃO

DATA DE ADMISSÃO: 19/05/2017

PACIENTE	RAIMUNDO DE AGUIAR BARRETO		
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP T. T2		
ALERGIAS	REGIMEN	DIAS	LEITO
IDADE			
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL COMUM		
2			
3	CETIL 300MG EV 12/12H		
4	SEPARAR ALIMENTOS E BEBIDAS		
5	FENOXICAM 50 MG EV 01 X DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H S/N		
7	TRAMAL 100MG S/N 0.9% EV 01 CP VO 01/8H S/N		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
10	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
11	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
12	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
13	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
14	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
15	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
16	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
17	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
18	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
19	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
20	SE PACTUAR PARA REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

0 SOLICITADO:

0 CONDUZIDO:

0 PROGRAMAÇÃO DE:

0 VISÃO DE ALTA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 483 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 483 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

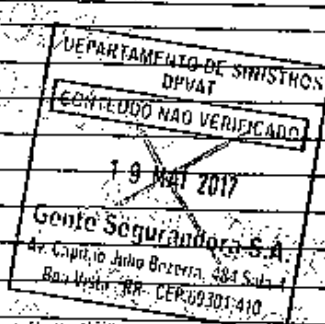
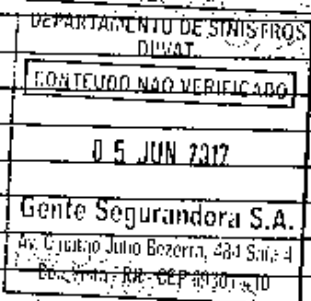
SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H	120 X 70	70	36°
24 H			






Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06 Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2015
Fevereiro 2013
ENF/LEITO: 216.3

Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>	
DATA: <u>19.02.16</u>	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outro:
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Colado direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>15.02.16</u>
Em caso de + de 24hs	
Limbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Adelino</u> 02- <u>Reza</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	



Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
• Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluções separadamente.

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		RAIMUNDO LEÃO BARRETO					
DIAGNÓSTICO		FX/LUX EXP TNZ					
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		216-3		DM2	
ITEM				DATA		15/2/2016	
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE						SUB
2							
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H						
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H						
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA						
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/8H SN						
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT						
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H						
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H						
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
13	CURATIVO DIÁRIO						
14	SSVV + CCGG 8/6 H						
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H						
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


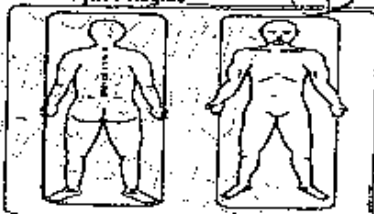

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	132x98	68		36.6°
18 H	120x80	72 bpm	18 RPM	36.9°
24 H				



Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residência em Ortopedia
e Traumatologia

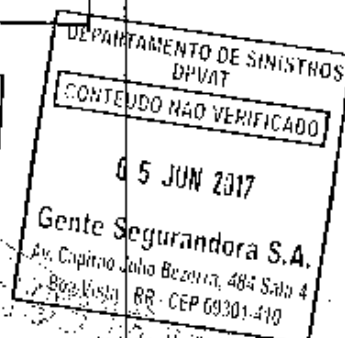
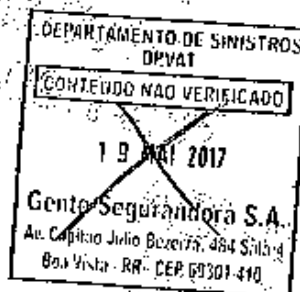
PA 150x90
66

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO:		
Nome: <u>Raimundo</u> <u>8163</u>				
DATA: <u>15.02</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>M.D</u> 	DATA: <u>15.02</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>M.D</u> 	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:	<u>Diário</u>			
Em caso de + de 24hs				
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Emiliano</u> 02- <u>Dan</u>	01- <u>Emiliano</u> 02- <u>Dan</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:		OBS:		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 3 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 13 MAR 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 404 Sala 3 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

216-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO				
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TNZ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA		
IDADE		DM2	NEGA		
ITEM	LEITO	216-3	DATA		
		16/02/2016			
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE		SND		
2					
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01-X DIA				
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV+ CCGG 8/8 H				
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H				
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO :					
# CONDUTA :					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS 6 H 12 H 18 H 24 H		PA 150/90 120/80 120/80	FC 69 70 70	FR 20 20 20	TX 36.8°C 37° 37°
Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia					





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06





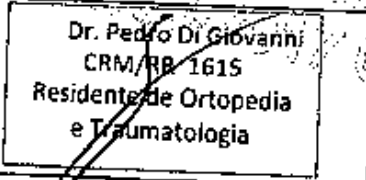
Data da Elaboração:
fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015


ENF/LEITO: 216-3

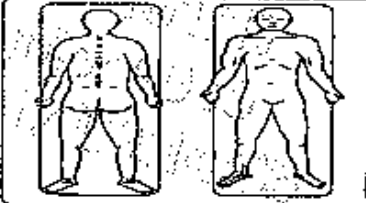
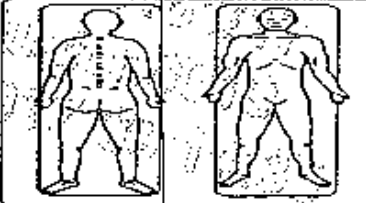
Nome: <u>Raimundo Leão Bonneto</u>	
DATA: <u>16.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II = 2	Localização / Região: <u>mto</u>
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	DATA: <u>16.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Localização / Região: <u>mto</u>
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:
Hora do curativo: <u>Manhã</u> <input type="checkbox"/> Tarde	Hora do curativo: <u>Manhã</u> <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Baccaro, 421 Sala 4 BR-11111-1111 CEP 55001-410	OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Baccaro, 421 Sala 4 BR-11111-1111 CEP 55001-410

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.




 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		RAIMUNDO LEÃO BARRETO	
DIAGNÓSTICO		FX LUX EXP TNZ	
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	216-3
ITEM		DATA	17/02/2016
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5ND
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT		
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		
16			
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
# SOLICITADO:			
# CONDUTA:			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO			
			
			
SINAIS VITAIS	PA	FC	ER
6 H			
12 H	135x88	67	36.8
18 H			
24 H	150x115	89	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
HGR																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																										
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO																														
DIAGNÓSTICO FX LUX EXP TNZ																														
ALERGIAS		HAS		DM2																										
NEGA		NEGA		NEGA																										
IDADE		LEITO		DATA																										
ITEM		216-3		18/02/2016																										
PRESCRIÇÃO																														
1	DIETA ORAL LIVRE																													
2																														
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H																													
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H																													
5	TENOXICAM 40 MG EV 01X DIA																													
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN																													
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT																													
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)																													
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H																													
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H																													
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG																													
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)																													
13	CURATIVO DIÁRIO																													
14	SSVV + CCGG 6/6 H																													
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H																													
16																														
17																														
18																														
19																														
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																													
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
# SOLICITADO:																														
# CONDUITA:																														
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA																														
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																														
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 19 MAR 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69301-410 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69301-410 </div> </div>																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TOX</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140x80</td> <td>63</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130x80</td> <td>72</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>130x80</td> <td>65</td> <td></td> <td>36.5L</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1515 Residente de Ortopedia e Traumatologia </div>						SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TOX	6 H					12 H	140x80	63		36	18 H	130x80	72		36	24 H	130x80	65		36.5L
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TOX																										
6 H																														
12 H	140x80	63		36																										
18 H	130x80	72		36																										
24 H	130x80	65		36.5L																										

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 216-3		

Nome: <u>Raimundo Rêgo Cavaleiro</u>			
DATA: <u>18.09.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>Mão</u> 	DATA: <u>18.09.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>Mão</u> 
Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia: <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esclero <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <u>Diária</u> Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: <u>Diária</u> Em caso de + de 24hs	
Imagem e ass. em Enfermagem: 01- <u>Carla S.</u> 02- <u>Sin. Heloisa</u>		Imagem e ass. em Enfermagem: 01- <u>Carla S.</u> 02- <u>Sin. Heloisa</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410	

OBS: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cintas Tec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia		 		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO			
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TNZ			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	DM2	
ITEM		216-3	DATA	
			19/02/2016	
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		210	
2				
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		2008	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		20	
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		20	
6	PARACETAMOL 500MG VO 8/8H SN		20	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT		20	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		20	
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		20	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		20	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		20	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		20	
13	CURATIVO DIÁRIO		20	
14	SSVV + CCGG 6/6 H		20	
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H		20	
16			20	
17			20	
18			20	
19			20	
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		20	
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
# SOLICITADO:				
# CONDUTA:				
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Buzina, 484 Sala 4 Boa Vista - RR CEP 69001-410 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Buzina, 484 Sala 4 Boa Vista - RR CEP 69001-410 </div> </div>				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	120x80	62		36,1
12 H	134x100	64		36
18 H	120x90	70		36,5
24 H	120x90	71		36,4
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia </div>				



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Almeida, Lúcia Maria

IDADE: 47a

REGISTRO:

BLOCO: B

ENFERMARIA: 216

LEITO: 3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ortopedia

PARA:

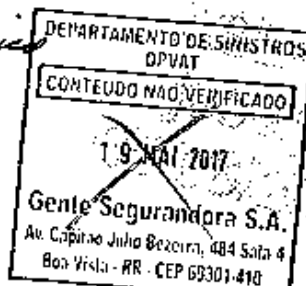
Ortopedia

Dados Clínicos:

Lesão com fratura de CN 2

Soluto Vinte Urgência

Lesão com fratura de CN 2



Dr. Pedro de Oliveira

Médico

Data

14.02.16

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capim João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. Michel de Oliveira
Ortopedia
CRM 705/RR

Médico

43 anos

Tempo: Anterior

Problemas anteriores

PA: 120/80 - 4

AV. RR, 27, 30

PA: 120/80 - 4



PA: 120/80 - 4

PA: 120/80 - 4

Data

15.02.16

LC Cláudio J. Gomes

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO		
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TNZ		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		DM2	NEGA
ITEM	LEITO	216-3	DATA
			20/02/2016
PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5 N.
2			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		14. 22. 06.
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA		
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN		16.
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT		18
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		18. 06.
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
13	CURATIVO DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		14. 22. 06. 17
15	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H		
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

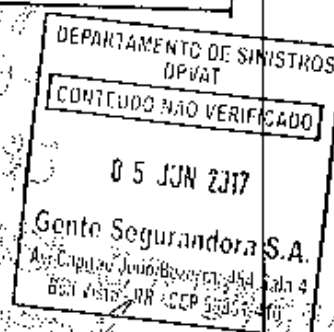
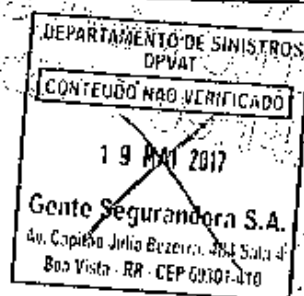
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:


PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

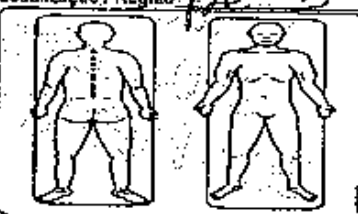

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	720/80	65		36°
18 H	130/90	75		36°
24 H				


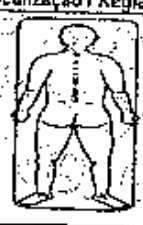



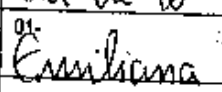
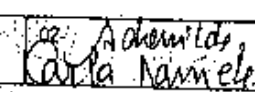
Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 216-3		

Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>			
DATA: <u>20.03.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>pe. D</u> 	DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: _____ 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: E _____ so de + de 24hs		Data da Próxima troca: E _____ so de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>Emiliana</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- <u>Graci / Heloisa</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	

OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gênto Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 483 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410	OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 13 MAR 2017 Gênto Seguradora S.A. Av. Capitão Júlio Bezerra, 483 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410
--	--

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2015
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 216.3		
Nome: <u>Raimundo Leão Barreto</u>				
DATA: <u>21.02.18</u>	Localização / Região		DATA: _____	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I X 3 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	 		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Cor de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>Moderado</u> <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras <u>edema leve</u>		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>22.02.18</u>			
Primo e ass. rec. em Enfermagem	01- <u>Emiliana</u> <u>Achémida</u> 02- <u>Carla Nemele</u>		01- _____ 02- _____	
Primo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:		OBS:		
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gento Seguradora S.A. Av. Capricó João Bezerra, 484 Sala 4 Curitiba - PR - CEP 81301-410		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 19 JUN 2017 Gento Seguradora S.A. Av. Capricó João Bezerra, 484 Sala 4 Curitiba - PR - CEP 81301-410		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: RAIMUNDO LEAO BARRETO					
AGNOSTICAR: FX LUX EXP TNZ					
ALERGIAS: NEGA					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LEITO	216-3	DATA	22/02/2016	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 HS				5:00
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8 HS				12:00
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				18:00
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				20:00
6	DIPIRONA 01G EV 6/8H				SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT				12:00
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				15:00
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E				
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA				
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				SUSP
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS V	PA	FC	FR	T
8 H				
12 H	150x95	67		36.5
18 H	120x80	77		36.4
24 H	140x90	64		36.6

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO					
AGNOSTIC FX LUX EXP TNZ					
ALERGIAS NEGA					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
ITEM	LEITO	216-3	DATA	23/02/2016	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS				SND
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				SND
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				SND
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SND
6	DIPIRONA 01G EV 8/6H				SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT				SND
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E				SND
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
13	CURATIVO DIÁRIO				SND
14	SSVV + CCGG 8/6 H				SND
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA				SND
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				SUSP
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 184 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

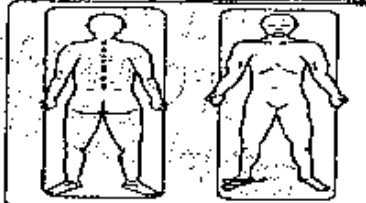
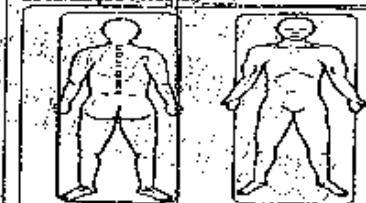
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 184 Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

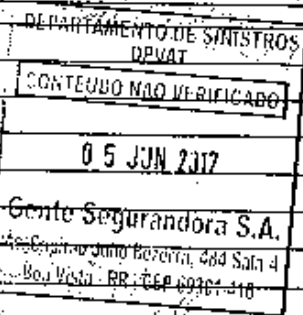
SINAIS V	PA	FC	FR
6 H	13/90		
12 H	13/90	70	28
18 H	14/3 x 88	65	35,3°C
24 H	13/90	72	

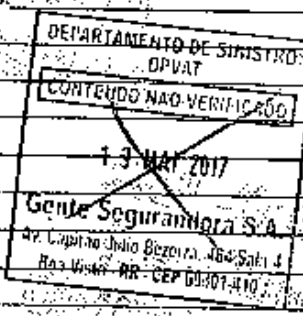
Dr. Paulo Di Giovanni
CRM/RR 1515
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAIMUNDO LEO BARRETO					
AGNOSTICAR FX LUX EXP TNZ					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	216-3	DATA	NEGA
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORARIO
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS				SND
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				18-20
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				18-20
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H				18-20
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 HS SE DOR INT				SND
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA				18
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
13	CURATIVO DIÁRIO				SND
14	SSVV + CEGG 6/6 H				SND
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA				SND
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				SND
17					SND
18					SND
19					SND
20					SND
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO:					
# CONDUZA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 13 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 </div> </div>					
SINAIS V	PA	FC	ER		
6 H	120x80	62		C/ra	
12 H	120x80	59 bpm		36-70	
18 H	120x80	68		36-70	
24 H	120x90	74		36	
Dr. Pedro V. G. G. G. CRM/RR 11111 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

		Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
				Atualizada: Janeiro / 2015		
				ENF/LEITO: 916-3		

Nome: <u>Raimundo Leão Camelo</u>			
DATA: <u>04/02</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>m20</u> 	DATA: <u>04/02</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>m20</u> 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>Diário</u>			
Imbo e ass. rec. em Enfermagem 01- <u>Rowlinson</u> 02- <u>Isis</u>		01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	








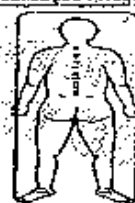

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

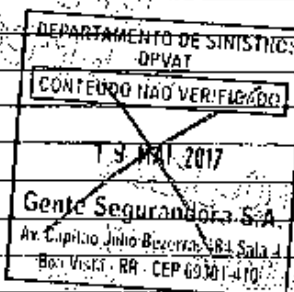
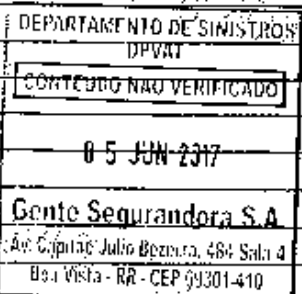
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO					
AGNOSTIC (FX LUX EXP TNZ)					
ALERGIAS NEGA HAS NEGA DM2 NEGA					
IDADE	LEITO	216-3	DATA	25/02/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 HS				
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8 HS				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H				SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E				
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CLEXANE 40-MG SG 01 X DIA				
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				SUSP
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO:					
# CONDIÇÃO:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V		PA	FC	FR	P
6 H		150x80	69	-	36.5
12 H		140x80	65	14	36.8°C
18 H		140x80	63	-	36.4°C
24 H		140x90	63	-	36.4°C
Dr. Pedro D. Barboza CRM/RR 10015 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 2163		

Nome: <u>Raimundo Leal Barros</u>			
DATA: <u>26.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <u>X3</u>	Localização / Região  	DATA: <u>26.02.16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabeço <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabeço <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Olor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras <u>Esguimosa</u>		Condição da pele Perifoneal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs <u>27.02.16</u>			
Limbo e ass. Tec. em Enfermagem 01- <u>Carle Soares</u> 02- <u>Adenildo</u>		01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	



Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e do e-Proc, Solutions Programs.
Os pacientes com 62 ou mais leões, estas devem ser evoluídas separadamente.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO					
AGNOSTICAFIX LUX EXP TNZ					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	216-3	DATA	27/02/2016
ITEM					
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 HS				SND
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8 HS				16/08/2017
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				16/08/2017
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H				16/08/2017
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				16/08/2017
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				16/08/2017
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E				16/08/2017
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				16/08/2017
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				16/08/2017
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				16/08/2017
13	CURATIVO DIÁRIO				16/08/2017
14	SSVV + CCGG 8/8 H				16/08/2017
15	CLEXANE 40 MG-SC 01 X DIA				16/08/2017
16	MERTIRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				16/08/2017
17					16/08/2017
18					16/08/2017
19					16/08/2017
20					16/08/2017
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO:					
# CONDUITA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V. PA FC FR					
6 H	129/87	73	36.6		
12 H					
18 H					
24 H					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Brizola, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão João Brizola, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1615
Residência em Ortopedia
e Traumatologia



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Raimundo Leão Bodneiro 43 ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/02/16 COM

DIAGNÓSTICO DE FRACTURA EXPLOSA DE TÓRAX (D)

NO DIA 10/02/16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
LMC + FIXAÇÃO COM HOK K (S) SENDO

OPERADO PELO DR. JESUS AGUIAR E DR. CARLOS EDUARDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/02/16 AS 07:30h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 08/03/16 AS 07:30h COM O

DR. JESUS AGUIAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Barbosa, 481 - São José

Av. 819 - Bairro Comas, 519
Nova Fátima - Teresopolis - RJ 21201-060

20 JUL 2016

Autenticado

Cartão e Documento Original

deve ser apresentado neste Hospital

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão João Barbosa, 481 - São José

Bom Fato - RR - CEP 69301-410

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Henrique Andrade

Médico

Ortopedia e Traumatologia

29/02/16



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

RAIMUNDO LUIZ BARBOSA

LAUDO NODULO

Paciente que sofreu acidente

o de. OZILLO, querendo!

Curso Intere export

Tornados diut.

Atividade realizada por

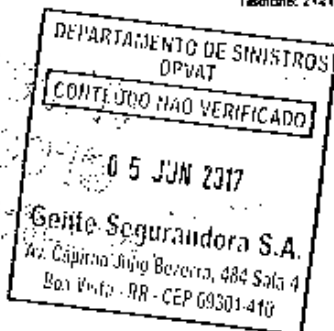
Tempo aproximado de detenção
de 101 atividades de 30 (Trinta)
dias

DATA:

12/09/16

Dr. RAIMUNDO LUIZ BARBOSA
Otorrinolaringologista
CRM 10.535 R.R.

CLINICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefones: 2121-7474



03.

23/09/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitan Julio Bezerra, 434 Sala 4
Recife - PE - RR - CEP 09301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capanga 1000, Br. Europa, Sala 4
Bela Vista - RR CEP 69000-410



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projedi.ijr.jus.br/projedi/> - Identificador: PJVZN NDDLCL MK2UU L3G3R

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 011266163810
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: R-1 COD. RENAVAM: 001590210000 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2015

NOME: LUCIA DE AGENEIDA INACIA

CPF/CNPJ: 623.972.142-53 PLACA: HAN9259

PLACA ANT./UR: 8009259-RR CHASSI: 7C2YC43T0000010435 K

ESPÉCIE/TPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO ABILITADO COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN 15 ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2013

CAP/POT/CIL: 25/11.24CV CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: *PAGU* VENC. COTA ÚNICA: *PAGU* 1: * * * * *

FAIXA LULA: 25. PAGO CO PARCELAMENTO/COTAS: 2: * * * * *

PREMIO TARIFARIO (R\$): 11.111.111 PREMIO TOTAL (R\$): 11.111.111 DATA DE PAGAMENTO: 05/02/2014

Assinado digitalmente por: Luiz Eduardo Silva de Castilho
Cargo: Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR

LOCAL: BOA VISTA-RR DATA: 03/03/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Bezerra, 484, Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitao Julio Bezerra, 484, Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Leão Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pescador
Identidade: 85203 CPF: 382.135.242-68
Endereço: R. Raimundo A. Cavalcant Bairro: Capelinha
Cidade: Boa Vista CEP: 69.306-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tania Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R. Antônio Augusto Martins, 343 Bairro: São Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.305-270

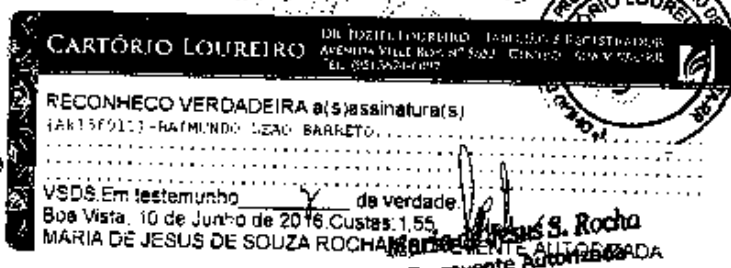
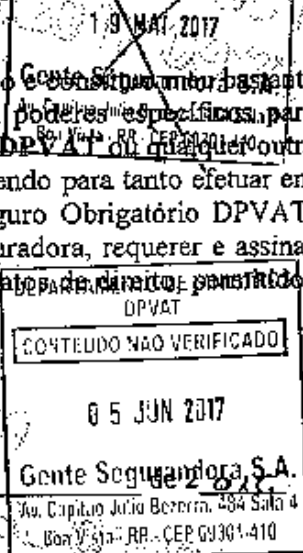
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representa-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NAO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituio por bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista, 10 de junho

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Leão Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pescador
Identidade: 85.203 CPF: 382.135.242-68
Endereço: R. Raimundo A. Castanheira Bairro: Aporecida
Cidade: Boa Vista CEP: 69.306-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Amia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Advogada
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-49
Endereço: R. Antônio Augusto Martins, 347 Bairro: João Francisco
Cidade: Boa Vista CEP: 69.303-230

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

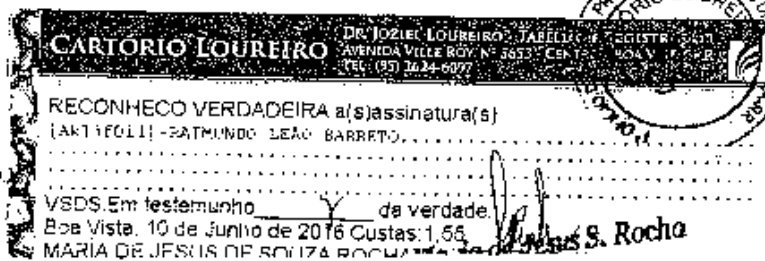
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar o sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato.

Local e data:

Boa Vista 10 de junho de 2016

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170422558 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO LEAO BARRETO **Data do acidente:** 10/02/2016 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FÍBULA DISTAL COM LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: TORNOZELO DIREITO: LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, INVERSÃO E EVERSÃO, ESTABILIDADE PRESERVADA, TESTES DE ROTAÇÃO SEM ANORMALIDADES, ARTICULAÇÕES METATARSOFALENGEAS, TROFISMO PRESERVADO E AUSÊNCIA DE CALOSIDADES PLANTARES.

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA EM TIBIA E FÍBULA DISTAL COM LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA E USO DE FIO DE KIRSCHNER EM FÍBULA DISTAL.

Sequelas permanentes: TORNOZELO DIREITO COM RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, INVERSÃO E EVERSÃO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2017

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MODERADO EM TORNOZELO DIREITO

Médico examinador: ROGER MALACARNE CALEFFI

CRM do médico: 1483

UF do CRM do médico: RR

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anísio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do Examinado(a): RAIMUNDO LEAO BARRETO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Raimundo Aciole Cavalcante 164 Nossa Senhora Aparecida

Identificação - Orgão Emissor /UF/ Número: 382.135.242-68

Data e local do exame: BOA VISTA/RR, 31/08/2017

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s):

Fratura exposta de tíbia e fíbula distal, com luxação do tornozelo direito. Apresenta abaulamento em maléolo medial. Movimentos de flexão, extensão e pronosupinação com redução moderada da amplitude. Estabilidade preservada. Testes de rotação sem anormalidades. Articulações metatarsofalângicas sem hipertrofias ou calosidades plantares. Estabilidade preservada. Movimentos musculares com e sem resistência preservados.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? (X)Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V *), se necessário.

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? (X)Sim ()Não

* Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V*).

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Realizado tratamento cirúrgico no dia 10/02/2016 com limpeza em centro cirúrgico e utilização de fio de Kirschner em fíbula distal.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? (X)Sim ()Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta abaulamento em maléolo medial. Movimentos de flexão, extensão e pronosupinação com redução moderada da amplitude.

* Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o cano permanente no item IV opções "b"

IV. Segundo o 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

☐ "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

☐ "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Tornozelo direito

% 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


Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações *.

☐ Total = "100% da IS"

V. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:



Dr. Roger M. Caleffi
Médico
CRM-RR 1483

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

ROGER MALACARNE CALEFFI - Registro no CRM: 1483 - RR





DÊCLARAÇÃO DE ENTREVISTA

VÍTIMA:	Raimundo Lido Bonato
SINISTRO:	3170310952.1
NATUREZA:	Atividade
UF:	RS

DATA DE CONCLUSÃO DO RELATÓRIO: 16/06/17



CNST
Cadastro Nacional
Serviços Técnicos

DECLARAÇÃO

SINISTRO: 30703109521

PASTA JUDICIAL: _____

☐ DMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

VÍTIMA: Raimundo Leão Barreto

I - DECLARANTE

☒ REQUERENTES ☐ OUTROS

NOME: Raimundo Leão Barreto

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: 85903

CPF: 32213521268

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Raimundo A. Cavalcante 1641 - Apanhada - B. Vitor RE

TELEFONE RESIDENCIAL: 051 951511567 TELEFONE OUTROS: (---)

II - DECLARAÇÃO

ALFABETIZADO? ☒ SIM ☐ NÃO

ACEITA EFETUAR O RECONHECIMENTO DO SEU SINAL PÚBLICO? ☐ SIM ☒ NÃO

MOTIVO: motivo de saúde

EU, ACIMA QUALIFICADO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE ESCLARECIMENTO AO PRESENTE PEDIDO DO SEGURO DPVAT QUE:

O Boletim de ocorrência postou eu como o comunicante mais foi alterado pelo intermediário duplo a minha mãe não foi possível comparecer na delegacia, a moto comprada por mim em como única proprietária da placa de Alameda Inácio, muitos de médicos não sei informar e alguns mais de 60 sessões de fisioterapia pelo SUS, durante seis meses aproximadamente, tratamento que teve o término em 01/03/17, o acompanhamento foi no Hospital Gerarui nota foi anexado um laudo médico assinado pelo médico Juscelino Lopes; o documento de posseção de laudo de IMI, assim sem ter quando a minha

DATA: 16.06.17 Raimundo Leão Barreto

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-01V1

PAG 01/03

assinatura na CTPS, com o pass
dos anos a minha assinatura mudou
mas reconheço que as assinaturas
são minhas em todos os documentos
anexados a este processo; deixo
uma testemunha

LOCAL E DATA:	Bom Vista 10R, 16/08/17	HORA:	15:30
ASSINATURA DO DECLARANTE:	João Alves Barbosa		
TESTEMUNHA - NOME:	DENISE DA SILVA NASCIMENTO		
CPF:	659.480.842-72	RG:	157985 SSP/RS
ENDEREÇO:	R. Raimundo A. Cavalcante, 16411 - Aparecida - B. Vista 10R Denise da Silva Nascimento		
TELEFONE (.....):	não possui		
TESTEMUNHA - NOME:			
CPF:			
RG:			
ENDEREÇO:			
TELEFONE (.....):			
AUDITOR:	Elizabeth Barile		
ASSINATURA:	[assinatura]		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Pelo presente instrumento particular, Raimundo Leão Barreto, RG nº 852.03,
doravante denominado AUTORIZANTE, concorda em ceder, gratuitamente e por tempo indeterminado, de forma irrevogável e irretroatável à
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT 5/A, CNPJ 09.248.608/0001-04, doravante denominado AUTORIZADO, os direitos de
captação e utilização de sua imagem e/ou de sua voz a serem captados durante a sindicância.

O AUTORIZANTE desde já reconhece que o AUTORIZADO terá a licença de uso permitida, única e exclusivamente, para fins de meio de prova
para formar a convicção dos órgãos públicos competente, conforme o caso, em eventual necessidade de tal produção.

O AUTORIZADO assegurará ao AUTORIZANTE que a utilização do material não possui intuito de lucro, nem comercialização por parte desta
Seguradora e da empresa sindicante.

E por estar justo e acordado, firma o AUTORIZANTE o presente TERMO DE AUTORIZAÇÃO.

DATA: 16/06/19

Raimundo Leão Barreto
ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORM GAF-04V1

PAG 03/03

<http://www.seguradoralider.com.br/>





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

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

33.3.0028479-6

Type: **Text**

Sociedade anônima

Don't be Entrepreneurial

Normal

NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:
00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Salute(s): 102595004

Hash: ECC52023-0730-4232-8033-7CC99430A908

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



REQUERIMENTO


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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[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

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 D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

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



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



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

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCÍOS 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 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



JUCEC RJ
certificado digital



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



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 investitura 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 crime 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, rerratificar 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 Tôres	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

Ch *Luc*

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13



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



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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 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: 06-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 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 LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13





4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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, $\frac{1}{4}$ (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 $\frac{2}{3}$ (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. Barwanger
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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
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 Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 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 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
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

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
CERTIFICADO DE DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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. 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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 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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
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

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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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. 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

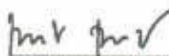
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados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

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

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

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


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


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES 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

Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000

AD828690
088674

Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: **HÉLIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES** (X00000529453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS

Em testemunho da verdade.

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.
ECLP-56891 HCLP-56892 GRS

Consulte em <https://ww3.tjri.jus.br/sitapublico>

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paula Cristina A. D. Gaspar
3.9% Escrevente
CPE 46062 série 06077 ME
Aut. 2015 3ª Lei 8.936/94



SUBSTABELECIMENTO

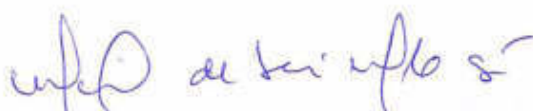
Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA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

