

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência					
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					

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

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO			
[-] 10	23/09/2020 17:25:01	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
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
9	15/09/2020 11:00:29	(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
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
8	14/09/2020 08:54:33	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
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
7	14/09/2020 08:54:33	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 pare 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 desconstituir-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar 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 deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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;

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 demais 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 horários 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 Excelênciia 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 GRAADAÇÃO

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00701/00702 - carta_02
00060351



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 FRACALOSSI 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: $12,50\% \times 13.500,00 =$ 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




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ



Autorização de pagamento de indenização
00147
00147

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 85.203

EXPEDIDO POR SSPI PR

EM 29/08/05

CPF 37913534068 / CNPJ 0000000000000000 / PROFISSÃO PESCADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ REC USA (*) 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 DE Benefício 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 sem 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.receitafazenda.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/stamper/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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 464 Sala 4

05 JUN 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3598 N° 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

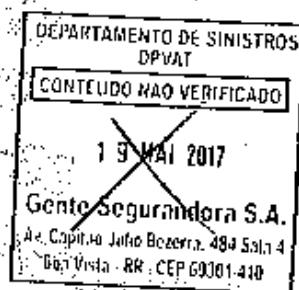
LOCALE DATA

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](http://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0181
DUVIDDRIA 0808 725 7474
236-758801581-9
23/AGO/2016 HORA DF 15:29:19
LOT: 33.18969-7 TERM: 046756
LOCALIDADE: BOA VISTA
AG. VINCULADA: 0653 CONTROLE: 545175906
DEPÓSITO EM DINHEIRO
3588 013 000005014-6
RATHMUNDO LEAO BARRETO
VALOR [REDACTED]
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO
236-758801581-9
1a VIA



Jânia Helena
(95) 99139-8405
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 N° 85203

EXPEDIDO POR

SSP/RR

EM 29/06/05 E

CPF 38100352912-68 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO PESCADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RAIMUNDO LEÃO 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 ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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, devendo ser apresentado comprovatório 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/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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da 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 da BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3588 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 05014-6

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

BOA VISTA, 20 de JULHO de 2019

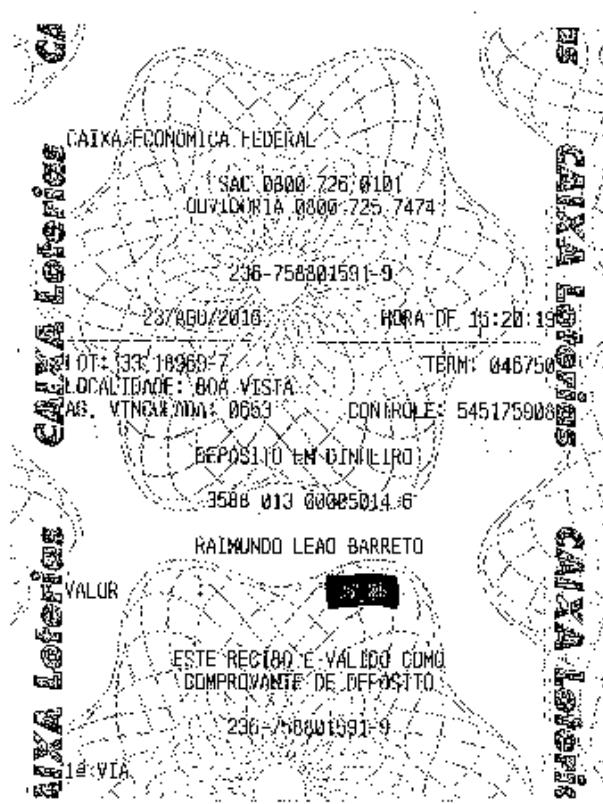
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

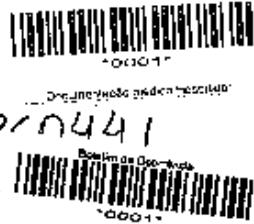
ATENÇÃO

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.



(as) 99139-8405
3224-6579



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 2704 /2016 - Boa Vista-RR, em
18/10/2016**

COMUNICANTE: Raimundo Leão Barreto

RG: 85203 **O. EXP.:** SSP/RR **CPF.:** 382.135.242-68

ENDERECO: Rua: Raimundo A. Cavancant, 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 SC2JC41100DR810435, PLACA NAV9259, COR VERMELHA, ANO 2013 DE PROPRIEDADE DE LUCIA DE ALMEIDA INÁCIO. QUANDO NA REFERIDA RUA, BAIRRO SENTIDO CENTRO, UM VEÍCULO INVADIU A PRÉFERENCIAL, BATENDO EM SUA MOTOCICLETA. O MESMO NÃO CONSEGUIU DESVIAR, VINDO A CAIR. O VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO HGR E O RELATO.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

DE ORDEM DO DELEGADO: RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA 18 OUT. 2016	DOCUMENTOS ANEXOS - CEP 69301-410 • RG E CPF • CNH • CRLV • PRONTUÁRIO MÉDICO
--	--

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
--

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio 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 09:56
Origem: Polícia Judiciária Data: 18/07/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

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



Documentação digitalizada

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: 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	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo	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 Nº: 164
Bairro: NOSSA SENHORA DA APARECIDA
Telefone: (96) 99151-1567 (Celular)

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPÓSTO 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 Barreto, 164 - Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvidos

(Desconhecido 1)

Possuidor

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAV9259

Número do Chassi: 9C2JC4110DR810435

Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013

Cor: VERMELHA

UF: Véhiculo: Roraima

Município Véhiculo: 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

Envolvidos

Raimundo Leão Barreto

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha

Impresso por: Maria Selma Maia de Almeida

Data de Impressão: 18/07/2017 10:12

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

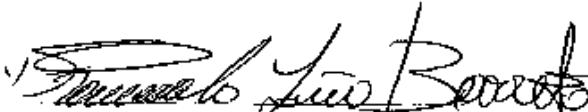
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025100/2017

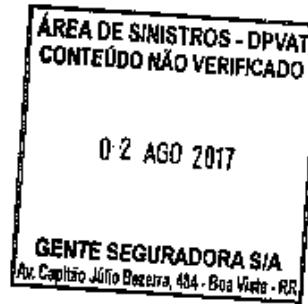
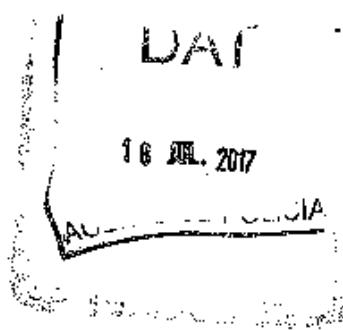
COMUNICANTE NÃO É HABILITADO. É O RELATO

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Raimundo Leão Barreto
Comunicante

"Declaro para os efeitos legais que sou o(a) titular(a) responsável pelas informações acima inseridas e que elas poderão ser utilizadas e/ou reproduzidas para o cumprimento das obrigações estabelecidas no artigo 339 da Declaração Cláusula 349 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção da Cláusula Penal Brasileira."





Documento de identificação



Comprova a validade da PA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Raimundo Leão Barreto, portador da carteira de identidade nº 85.203 e inscrita no CPF/MF sob o nº 382.135.242-68, residente e domiciliado na R: Raimundo A. Cavalcat, Cidade: Bon 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
- () 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.

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

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

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

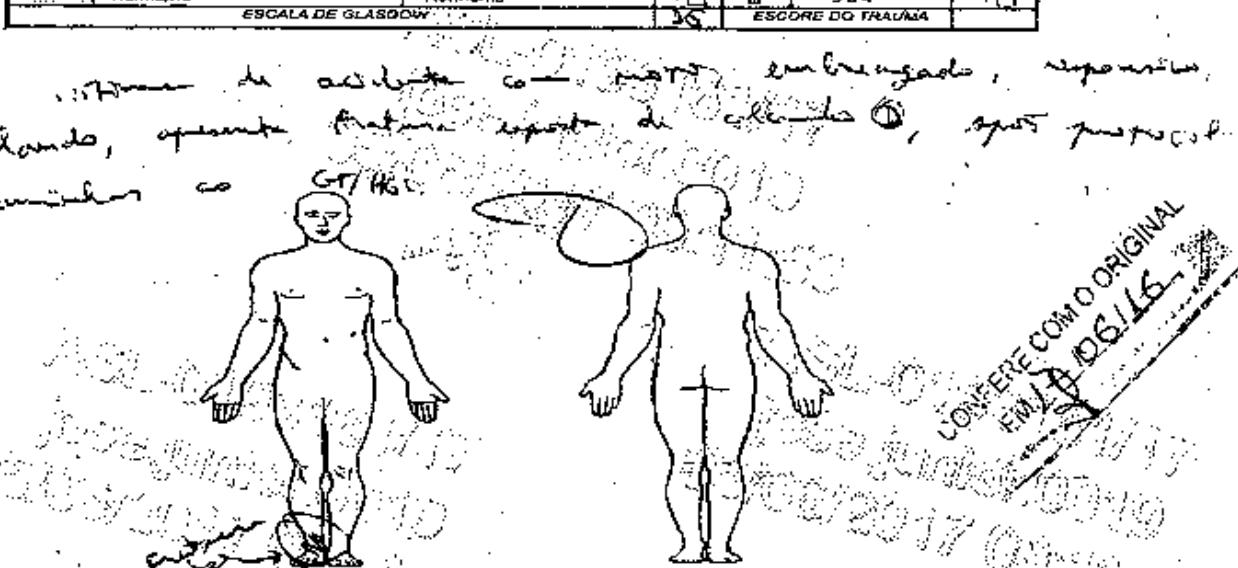
Local e data

		FICHA DE ATENDIMENTO				
CHAMADA 192	Unidade:	Equipe: <i>Victor Elio / Tom</i>				
	Paciente:	<i>Ricardo Ben Barreto</i>				
	Endereço:	<i>2. Bairro da Prudência</i>				
	Nº: 2578	DATA: 05/02/16		HORA: 01:01		
	Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:	<i>Luis</i>				
	MOTIVO:	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO				
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA Ocorrência (no exterior)	MECANISMO DE TRAUMA					
	AUTOMÓVEL <input checked="" type="checkbox"/> Cinto: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Vítima: projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> cinturão <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Colapso <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão		MOTO <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carenagem Capacete: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão		VIOLENCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Explodimento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de queijo <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 Esportivo <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros
	BICICLETA <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carenagem <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão					
	AVALIAÇÃO INICIAL					
	Vias Aéreas		Ventilação		Circulação	Aval. Neurológica
	<input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obscurida <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro:		M.V. Dirigindo _____ <input type="checkbox"/> M.V. Ausente Hipotônico Maçoz Ferida Aspirativa		Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Tóxico Exsistolismo Síntoma: ausência da 2ª <input type="checkbox"/> Ausente	AVDN Moço Midazolam Anticonvulsiva Otomíse Chocogia Rinorrágia Aparência alcoólica Outro:
	SINAIS VITais E ESCORES					
	Horas	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.R. bpm	Sat. O2 %	T. Aux °C
	Início:					
	Fim:					
DEPARTAMENTO DE SINISTROS						
DPVAT						
Segundo:	SINISTRO NAO VERIFICADO				APGAR	
	19 MAI 2017					
Gente Seguradora S.A.						
Av. Capitão Julio Bezerra, 464 Salas 401 e 402 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-040						
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA Ocorrência (no interior)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Abdome	
	<input type="checkbox"/> Escoria <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Capnótica	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Feij. <input type="checkbox"/> Penetrante	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Escoriações Lacerção Hematoma Desvio da traqueia Enfisema Sub-Cutâneo	
	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerção <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	Escoriações Lacerção Hematoma Desvio da traqueia Enfisema Sub-Cutâneo	
	Pele		Coluna Dorsal		Membros	
	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade		<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor		<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	
	AVALIAÇÃO CARDÍACA					
	<input type="checkbox"/> Ritmo Sinosal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar		<input type="checkbox"/> Fibrilação atria <input type="checkbox"/> Fibrilação antecavular <input type="checkbox"/> Asistolia		Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Aberto	
	Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Aberto		Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Clínica		Endócrina <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	
	<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA		PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE		OUTRO	
GRANDEZA COMPROVADA		DESENHO INDETERMINADA				
Assinatura do(a) médico (a) Unidade de Destino:						
<input type="checkbox"/> Crimelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local						
MULTIPLOS MEIOS ACHADOS DEPARTAMENTO DE SINISTROS Municipais DPVAT SAMU Corpo CONTEUDO NAO VERIFICADO						
Iniciado as: 05 JUN 2017 Terminou as: 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 464 Salas 401 e 402 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-040						
DADOS PESSOAIS DA VITIMA						

<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
--	--

ENTENDIMENTO DO PACIENTE	Description:
	Name of Receiver:
	Function of Receiver:
TERMO DE RECUSAS	Assassinato do Receiver:
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
A	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 3 anos		Fractura(s)	Imperfeição(s)
Abertura Ocular	Aberta	Abre espontaneamente	4	10 a 24	6
	Não aberta	Com estímulos auditivos	3	25 a 35	5
		Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2 a 5
		Não abre os olhos	1	01 a 09	1
Orientação		Brubucida		0 a 9	0
Conversa		Chora imediata		10 a 39	3
Permanente impróprias		Chora a dor		≥ 40	4
Sons ou gemidos		Gemido a dor		40 a 59	2
Noite		Nenhuma		60 a 69	1
				70 a 79	0
Obedece solicitações		Movimentos espontâneos		80 a 99	
Localiza a dor		Retração ao toque		100 a 109	
Flexão normal		Retração a dor		110 a 139	
Flexão anormal		Flexão normal		140 a 159	
Exterrado a dor		Flexão anormal		160 a 179	
Nenhuma		Nenhuma		180 a 199	
				200 a 219	
				220 a 239	
				240 a 259	
				260 a 279	
				280 a 299	
				300 a 319	
				320 a 339	
				340 a 359	
				360 a 379	
				380 a 399	
				400 a 419	
				420 a 439	
				440 a 459	
				460 a 479	
				480 a 499	
				500 a 519	
				520 a 539	
				540 a 559	
				560 a 579	
				580 a 599	
				600 a 619	
				620 a 639	
				640 a 659	
				660 a 679	
				680 a 699	
				700 a 719	
				720 a 739	
				740 a 759	
				760 a 779	
				780 a 799	
				800 a 819	
				820 a 839	
				840 a 859	
				860 a 879	
				880 a 899	
				900 a 919	
				920 a 939	
				940 a 959	
				960 a 979	
				980 a 999	
				1000	
					ESCORE DO TRAUMA



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/06/16

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	- lenços	- equipa
Perda de líquido:	BCF:	- toalhas	- RL
[] Com caroço [] Sem caroço		gatos de	bebê
		expansor	algodão
			creme

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO LEAO BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03588

CONTA: 00000005014-6

Nr. da Autenticação BA60C419DB284E40





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Raimundo Léio Carreto,

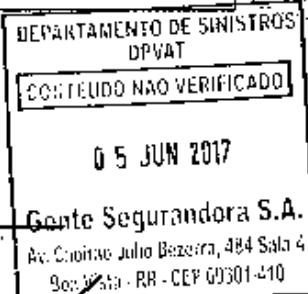
RG nº 85203, data de expedição 29/08/05, Órgão SSP/RR

CPF nº 382.135.242-68, 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>1504</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Capanema</u>
Cidade	<u>Bon Vista</u>
Estado	<u>Roraima</u>
CEP	<u>69.306-430</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 99115-1567</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bon Vista, 10/05/17



Assinatura do Declarante: Raimundo Léio Carreto



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão José Gomes, 661 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 00.21.41.470.001-04 CNPJ: 24.007.022-3
Inscrição Estadual: Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de faturamento autorizado pela SEFAZ 389/12

NOTA FISCAL

SEU CÓDIGO
117424-0

Período constante em sua
Eletrobras, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal 000098191

A Tarifa praticada Energia Elétrica - TSE/ETL criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (KWH) TOTAL E PEGAR HVI

DATA DE VENCIMENTO
JULHO/2015 11/08/2015 103 53,12

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA: RAIMUNDO LEAO BARRETO
Nº: RAIMUNDO A CAVACANT 164 1 APARECIDA
CEP: 69.306-430 - BOA VISTA

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL Uso/uso: Residencial Medidor: Ponta Código P.M.: Média 13 meses

HISTÓRICO KWH

Mês/Ano	Consumo	Correção Monetária da 04/15-00	Correção Monetária IG 04/15-00	Multa por Atraso de 04/15-00	Juros de hora por ATR 04/15-00	Multa por Atraso 04/15-00	Juros de hora de INPD 04/15-00	Iluminação Pública
JUN/15	95							
JAI/15	86							
ABR/15	117							
MAR/15	141							
FEV/15	150							
JAN/15	168							
DEZ/14	175							
NOV/14	186							
OUT/14	185							
SET/14	293							
TARIFA SEM IR/IR/ITBIS:	6,00	- 0,285/00						

DISCRIMINAÇÃO DA CONTA

Mês/Ano	Consumo	Correção Monetária da 04/15-00	Correção Monetária IG 04/15-00	Multa por Atraso de 04/15-00	Juros de hora por ATR 04/15-00	Multa por Atraso 04/15-00	Juros de hora de INPD 04/15-00	Iluminação Pública
JUN/15	103	R\$ 0,361182 =						
JAI/15	95	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 04/15-00	0,19					
ABR/15	86	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/15-00	0,73					
MAR/15	117	MULTA POR ATRASO DE 04/15-00	1,09					
FEV/15	141	JUROS DE HORA POR ATR 04/15-00	0,26					
JAN/15	150	MULTA POR ATRASO 04/15-00	0,86					
DEZ/14	168	MULTA POR ATRASO DE INPD 04/15-00	0,93					
NOV/14	175	JUROS DE HORA DE INPD 04/15-00	11,87					
OUT/14	186	ILUMINAÇÃO PÚBLICA						
SET/14	293							
TARIFA SEM IR/IR/ITBIS:	6,00	- 0,285/00						

mensagens importantes / REVISÃO DE VENCIMENTO

Mês/Ano: Valor R\$ 06/2015 - 53,12

Unidade consumidor sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica à FSC/EE de Lote 2015, se não pagadas suas regras de fatura. O seu pagamento só será aceito quando a inclusão do nome do consumidor no DSN4. Informações ainda existentes (cadastral, empadões) e revisados em um valor de R\$ 47,36 (Valor histórico). Caso venha efetuado o desligamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS (LBV) INCLUIDA EM SUA FATURA, ESTA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER MOMENTO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 68007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 23 26

RESERVADO AO FISCO 083C 51BF 28BE 64E0 04F2 1C23 4E87 B183

EXEMPLO DE FATURA - R\$

Contribuição	13,73	Impostos e Tributos	37,19
Enegme	14,13	Baixa do Cálculo	17,00%
Transporte	0,00	Aliquota ICMS	6,32
Encargos	1,99	Valor do ICMS	0,18
Tributos	7,34	Valor do PIS	0,84

INSCRIÇÕES DE CONTABILIZAÇÃO

PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
5,79	11,58	23,16	4,31
8,23	16,47	3,37	
			0,66

Periodo de operação: 05/2015 Data: 09/09

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Beiraia, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Beiraia, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

Comprovante de validade



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

C0108623

Data de Pelegem: 27/03/2017 Data de vencimento: 03/04/2017



T21341917D800590000000062330270317





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 falta 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, Jania Helena F. de Melo, portador(a) do RG nº 1.870.49, expedido por SSP / RO, em 09/09/2012, CPF/CNPJ nº 421.026.772-19,

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

Léo Barreto do sinistro de DPVAT da natureza Acidente DPVAT

da vítima Raimundo Léo Barreto, e conforme

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

Profissão: Recurs Renda Mensal: R\$ Recurs

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTENDIDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-410

Documentos comprobatórios: Recurs

Jania Helena F. de Melo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTENDIDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30301-410



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lúcia de Almeida Trácio,

RG nº 174.102, data de expedição 11/11/19

Órgão SSP/82, portador do CPF nº 623.972.142-53, com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

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

Raimundo A. Carneiro, nº 160,

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

menionado 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 / C6 125 PAN KS

Ano: 2013

Placa: NAV 9259

Chassi: 9G2JC4110DR810435

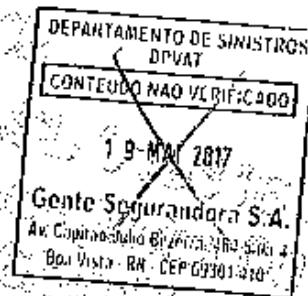
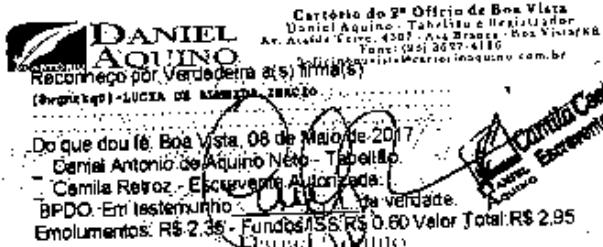
Data do Acidente: 10/02/16

Local e Data: Boa Vista, 08/05/16



Assinatura do Declarante:

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



12/2016

dia de Atendimento 02 ...



*px B OR
Altura: 2192.16*

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

1600543339	10/02/2016 02:13:57	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-07
Paciente	RAIMUNDO LEAO BARRETO	Data Nascimento	25/09/1972	Idade	43 A 4 M 15 D	CNS
Tipo Doc.	Documento	Órgão Emissor		Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IGNORADO					M	Raca/Cor
Mé	ELVINA BRASIL LEAO	Pai		Mulherada		Conselho
Endereço			DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT			
- RUA RAIMUNDO ACIOLE CAVALCANTE - 142 ...			NÃO INFORMADA			
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº de Carteira	CONT	Matrícula	Autorização	Sis. Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			OPVAT NÃO VERIFICADO			
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		05 JUN 2017			
Sector	Tipo de Chegada:	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		KALINE			
Queixa Principal	Síndrome Febril	Gente Seguradora: S.A.				
Anamnese de Enterite		Sintomatologia Respiratória				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Suspeita de Dengue				
			GSC	TOTAL 15		
			AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			

VCT DITOS Durante noite inicio dor abdominal intenso. M+ Poco fluxo sanguíneo.

*Exame Físico: Bpm 110/68/70, brônquio D opacidade embaçada
Abd: dor pélvica extensa.*

Hipótese Diagnóstica

Laxo intestinal com tamponamento

SADT - Exames Complementares

RAI-O-X ULTRA-SÓN TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Rentgen Abd 2017</i>		
<i>INTERNAÇÃO</i>		
<i>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT</i>		
<i>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</i>		
Conduta:		
<input type="checkbox"/> Alta por Declaração Médica <input type="checkbox"/> Alta e Pedido <input type="checkbox"/> Alta e Revélia <input type="checkbox"/> Transferência para:	19 MAI 2017	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internado Data e Hora da Saída/Alta: <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica
Óbito:		
Antes da 1ª Atendimento?	Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4 Nápolis - Distrito Federal	

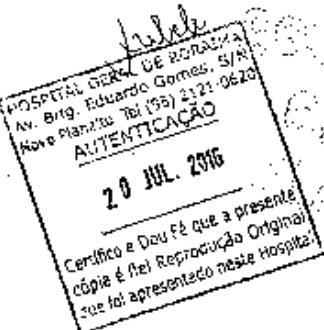
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: kalline
Data/Hora: 10/02/2016 02:21:34



100% Duto zero
100% Scob alumínio ou Manta
1 Gelo Fuso hr w 66 06 12
1 Oipone 200g 660g/l 06 12
1 TIC 100g 660g/l 06 12



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			DPVAT		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
P.S.					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			2 - CNES		
P.S. - 1454			05 JUN 2017		
4 - CNES			1 - CNES		
Gente Seguradora S.A.					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTO-SÍNTESE		
Raimundo Leão Barreto			134 482		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - DATA DE NASCIMENTO		
3101321056051126692			25/09/72		
10 - NOME DA MÃE OU DA RESPONSÁVEL			8 - RG		
Elvira Brasil Ribeiro			915		
12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - FONE DE CONTATO		
Rua Raimundo Leão Barreto, 142 - Aparecida			12 - N° DO FONE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICIPAL		
Bom Jesus			15 - UF		
			16 - CEP		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
<p>Sobr' acidente, queixando-se, dor no membro, exposição óssea e deformidade de tornozelo, Jr.</p>					
18 - GESTOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			DEPARTAMENTO DE SINISTRO:		
Cirurgia			DPVAT		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
<p>Rx Tornozelo direito</p>			<p>10 MAI 2017</p> <p>Hospital de São Paulo - Edifício São Paulo - Tel (19) 3711-2111</p> <p>Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 1000 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01301-110</p> <p>29 JUL 2016</p> <p>Certifico e dou fé que o presente documento é original e não foi reproduzido. Originalmente foi apresentado neste hospital.</p>		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - CID 10 PRINCIPAL		
LUXO FRATURA EX POSTA TO TORNозETO DIR			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 TERC			24 - CID 10 ASSOCIAÇÕES		
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
DE BRANQUERO CIRURGICO + POPULAD + FIXACAO SILENTI					
26 - CLÍNICA			27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
Cirúrgica			5108		
28 - CNAE DA INTERNACAO			29 - DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
URGÊNCIA			1 - CNS 511 K 1915616121211		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
Jerônimo Lopez Aguirre			10/02/16		
32 - ACIDENTE DE TRABALHO					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
35 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
10/2/16					
0908030578 → SP25					
V299					

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 LUIZ BARRETO		
DIAGNÓSTICO:	TUXO ENTRADA EX POSITURA TORNOZEO DIREITO		
ALÉRGIAS:	HAS		
IDADE:	LEITO DM2		
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA		10/02/16
2	SF 0,9% 500 ML EV 12/12H		SUD
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H.		12 SG
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H		12 SG
5	TILATIL 20MG EV 12/12H		12 SG
6	DIPIRONA 1G EV OU VO 4/4H		12 SG
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		12 SG
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H		10 SG
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU		10 SG
11	CAFTOPRIL 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			M
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 DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS /DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		20 JUL. 2016 Certifico e Declaro que a presente ficha é da Reprodução Original e foi apresentada neste dia 20/07/2016	
05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista / RR - CEP: 69361-610		19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 384 Sala 4 Boa Vista / RR - CEP: 69360-610	
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			TEMP
12 H			
18 H			
24 H			

BOLETIM OPERATÓRIO

<u>DATA ETIM OPERÁRIO</u>	
<u>Data:</u>	<u>10/01/16</u>
<u>O.S.</u>	<u>00000000000000000000000000000000</u>

PLATE 11. L. A. PAPER

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: U.V.C. PÁTINA LACRIMAL, EPIFÍSEIS
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. J. L. S. 1º auxiliar: Dr. C. M. P. G. 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA: ANESTÉSICO:
ANESTESISTAS: Dr. A. P. A. D. INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

**DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT**
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



GOUVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS																							
MED: 2,5 mg 20/10/2015 Fisi: D.5 mg SORVETE												E.F. 10-02-15																							
A G E N T E S	10	12	15	18	20	25	11	13	16	19	22	12	15	18	21	24	27	10	13	16	19	22	25												
	02																																		
LÍQUIDOS MENORES	S E L U J	M 5 E 15	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF	SF SF SF																						
DA R	10	240																																	
TA.BD	18	220																																	
AHEB	4	200																																	
X	34	180																																	
CP.	32	160																																	
O	30	140																																	
TEMP	120																																		
ASPIR.	50																																		
A	50																																		
RESPI.	40																																		
D	30																																		
Espuma																																			
Vitória																																			
Caput.																																			
SÍMBOLOS		A B P E												10-02-15																					
AGUETES												DOSES												TÉCNICA											
A. Dextrofármaco 0,5% 12,5 mg												B. Geral												C. Anestesia lombar Nifpr											
C. Geral Sustent. via orofaringe												D. Nef. Endotraqueal												E. Ventilador Espontâneo											
F.																																			
G.																																			
LICUÍDOS												NOCO												Cálcio - Nao / Oxo Ferro											
SANGUE												Nico / Criminação - Ceto												Glicose - Ceto de Tiro											
S. 5% 0,9% 1.500 ml												TOTAL 1.500 ml												Globulina											
OPERAÇÃO												TEMPO DE ANESTESIA												Diluoplastia											
TIRADENTES CLÍNICA 26 LOUXO - SANTANA TOLEDO (5)												01:00 h												F. Gl. S.A.P.A.											
ANESTESIA												COORD. CURSO												Laringo - Epiglótis - Encravo - Secre											
Dr. Fabiano / Dr. Ademir												Dr. Alberto P. M. Neto												Dixitoxia - Rinite - Hipofaringe - Hipofar											
Dr. Alberto P. M. Neto												Dr. Alberto P. M. Neto												Hipofaringe - Vômito											
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												G. Hemorragia - Arteria -											
19 MAI 2017												CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												B. Bradicardia - Cheque											
Gente Seguradora S.A.												DEPARTAMENTO DE SINISTROS												H. Cardiopatia -											
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4												DPVAT												I. Cardiopatia -											
Bon Vista - RR - CEP 69301-410																																			
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												J. Cardiopatia -											
05 JUN 2017												CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												K. Cardiopatia -											
Gente Seguradora S.A.												DEPARTAMENTO DE SINISTROS												L. Cardiopatia -											
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4												DPVAT												M. Cardiopatia -											
Bon Vista - RR - CEP 69301-410																																			

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		FOLHA DE MATERIAL E CONSUMO DE MATERIAIS					
NOME DO PACIENTE: 43 a Raimundo Jesus Barreto		DATA: 10 - 09 - 2011					
CIRURGIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:					
Tratamento Cirúrgico de luxo-fratura de TNZ D		INÍCIO: 11:15	FINAL: 12:15				
EQUIPE MÉDICA							
DIRETOR: Dr. Jesus	ANESTESISTA: Dr. Fabrini + R. Adomias						
1º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:						
2º AUXILIAR:	CIRUPLANTE: Jéssica Oligangela						
TIPO DE MATERIAIS	MATERIAIS	VALOR	QUANTITATIVO	TEMPO DE DURAÇÃO	MEDICAMENTOS	VALOR	
CABO SÍNTEPS	Nº				HORAS DE OXIGÊNIO 2 h/min		
CABO SÍNTEPS	Nº				FLASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 0,9% - 500 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				FRANCO-SORO		
CABO SÍNTEPS	Nº				FLASCOS SORO GLICOSADO %cc		
CABO SÍNTEPS	Nº				FRANCO-SORO GLICOSA %cc		
CABO SÍNTEPS	Nº				XOCALINA		
CABO SÍNTEPS	Nº				CLAYENIL Catéter de 0,5 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				FLUTTRANHE Flutomedos		
CABO SÍNTEPS	Nº				PENTRANE Cloracodina		
CABO SÍNTEPS	Nº				ENTRANE		
CABO SÍNTEPS	Nº				ETER Álcool à 70%		
CABO SÍNTEPS	Nº				ATROFIMA seringas 1 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				PROSTGMINA N 3 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				THIONEMBUTA II 5 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				MARCAINA II 10 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				INOVAL 4 20 ml		
CABO SÍNTEPS	Nº				GLICOSÉ % Ataduras (15) cm		
CABO SÍNTEPS	Nº				ÁGUA OXIGENADA		
CABO SÍNTEPS	Nº				MERTHOLATE		
CABO SÍNTEPS	Nº				MERCÚRIO CROMO		
SOMA				SOMA			
MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS:		DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM C. C. DO PACIENTE		VALOR			
ENFERMEIRA CHEFE		DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM C. C. DO PACIENTE		VALOR			
Bruno		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		SUB-TOTAL			
FONTE DE INFORMAÇÃO		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		SUB-TOTAL			
ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB-TOTAL			
Bruno		05 JUN 2017		SUB-TOTAL			
FONTE DE INFORMAÇÃO		TAXA DE SALA		SUB-TOTAL			
ENFERMEIRA CHEFE		TAXA DE ANESTESIA		SUB-TOTAL			
Bruno		Gente Seguradora S.A.		SUB-TOTAL			
FONTE DE INFORMAÇÃO		Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala 4		SUB-TOTAL			
ENFERMEIRA CHEFE		Boa Vista - RR - CEP 69301-400		SUB-TOTAL			
Bruno		ESTE FOLHETO LIGÁRIO A CONTABILIDADE		SUB-TOTAL			

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPB



DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Block 'B' - 216-3

216-3

Revista de Medicina Diaria

Ramundo José Bezerra

142 van Nip
1970
The 1970s Responsiveness

W. H. G. - *W. H. G. -* *W. H. G. -*

Lecture 11 : 08-2016

Item	Prescrito	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAF CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE	05 JUN 2017	SND
02	SCALP SALINIZADO	Gente Seguradora S.A. Av. Getúlio Vargas, 189 Sala 03 Belo Horizonte - CEP 30301-410	manter
03	TILATIL 20MG EV 12/12H		X 24
04	CEPALOTINA 1G EV 6/6H		12° 09/24 00
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H		12° 18 24 00
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H S/N		S/N
07	CAMERAZOL 20MG EV X DIA	Susp.	
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 7/3 S/N		S/N
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se FR>160X1COMHG		S/N
10	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
11	CCGG +SSVV 6/6 H		Rotina
	Roxitilax 100mg ev 8/8		X 24 00

Ranitidine Long (c) 88

[Signature] ERICSON JOSÉ DE SOUZA
Medicina Geral e Familiar - CRM-RJ 10837

14-01-2016

PA = 155 ± 106

f^c = 75

JST RA 30x90mm

458000 + 127

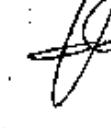
7-3/05

fc 66 b3

434

24h: T36°C

Page 110 of 130

ADMISSION		DISCHARGE	
PACIENTE	RAIMUNDO LEAO BARRETO	DIAGNOSTICO	OCFX LUX EXP TNZ
ALERTA	NEGA	TIAS	216-3
DIAGNOSTICO	NEUTRO	INTENCAO	NEGA
EXAMES	NEUTRO	HORARIO	102/2016
TRATAMENTO	NEUTRO	SIND	
EVOLUCAO	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
# SO	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
# CO	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
# PR	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
# PR	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
SINA	NEUTRO	INTENCAO	NEUTRO
	140x80 66	INTENCAO	NEUTRO
	130x80 69	INTENCAO	NEUTRO
	180 PA - 148/84	INTENCAO	NEUTRO
	P-70	INTENCAO	NEUTRO
<div style="text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 </div>			
<div style="text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410 </div>			
<div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  Giovanni 115 ortopedia ogia </div>			



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015		
ENF/LEITO:		24603

Nome: Batimundo Lira Barreto	
DATA: 12/04/16	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> aneuróptica <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 estacelo <input checked="" 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
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:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
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"/> Entema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução para limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 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: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Em caso de + de 24hs	<i>Dirigir</i>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Gente Seguradora S.A. Av. Presidente Júlio Bezerra, 486, Sala 4 Bair. Vila C.R.B. - RR - CEP 09301-410
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02-
OBS:	OBS:
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p>05 JUN 2017</p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Presidente Júlio Bezerra, 486, Sala 4 Bair. Vila C.R.B. - RR - CEP 09301-410</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <p>19 MAI 2017</p> <p>Gente Seguradora S.A. Av. Presidente Júlio Bezerra, 486, Sala 4 Bair. Vila C.R.B. - RR - CEP 09301-410</p>	

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

RE.

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

DATA DE EMISSÃO: 05/06/2017

DIAGNÓSTICO: LESÃO DA TIBIA E FIBULA

ALÉRGIAS:

ENDEREÇO:

ITEM PRESCRIÇÃO: 236-3

1	DILTIAZEM DILVIR
2	
3	CLOFAZIMA 100MG X 30
4	SULFAMETOXAZINA 500MG X 30
5	CLINDAMYCINA 300MG X 30
6	PARACETAMOL 500MG X 30
7	URIDINIL 100MG X 30
8	URIDINIL 10 mg i.v. Bep. (S/N)
9	RANITIDINA 50MG X 12/1211
10	SIFALTAR ITEM 9 REALIZAR
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	

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

*SMG
19/06/2017
10/06/2017
18/06/2017
25/06/2017
notino
19/06/2017
05/06/2017
10/06/2017
18/06/2017
25/06/2017*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Evolução:

Conquista:

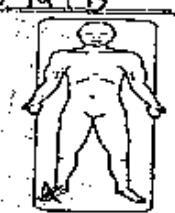
Procedimento:

Observação:



SINAIS VITAIS	PA	FC	RR
12 H	127/82	79	39,0
12 H	120/80	80	36,9
24 H	120/80	80	36,8

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - RGR	Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração: Atualizada: Janeiro / 2013	ENF/LEITO: 216 - 3
---	--	--	--------------------

Nome: Ramon de Barros																			
DATA: 13.02		Localização / Região: M1B																	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		 	 																
		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"/> 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 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																	
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																	
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:		<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor																	
Perfisional:		<input type="checkbox"/> Próximo <input type="checkbox"/> Outras _____																	
Solução para limpeza		<input 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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde																	
Data da Próxima troca:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde																	
Em caso de + de 24hs																			
Carimbo e ass. em Enfermagem		01- <i>Diana</i> <i>Blue</i>	02- <i>Ana</i>																
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro																			
OBS:		<table border="1"> <tr> <td>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</td> <td>OBS:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">05 JUN 2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</td> <td>OBS:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">19 MAI 2017</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410</td> </tr> </table>		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	OBS:	<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		05 JUN 2017		Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	OBS:	<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		19 MAI 2017		Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	OBS:																		
<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																			
05 JUN 2017																			
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410																			
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	OBS:																		
<input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																			
19 MAI 2017																			
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Brizerra, 484 Sala 4 Bon Vista - RR - CEP 69101-410																			

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

		HOSPITAL GERAL DE RIO CLARO		
		SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO		
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO:		11/09/2017		
PAciente	RAIMUNDO LIMA BARRETO			
DIAGNÓSTICO	FX-LUX EXA T12			
ALERGIA:	NEGATIVA	HIST.	NEGATIVA	
IDADE	60	LEITO	10	
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIBRE			
2				
3	CLOFENOXICAM 100MG VO 4/4 DIA			
4	SALICÍLICO ACETATO 750MG VO 3/3 DIA			
5	FENOXYCAM 100MG VO 4/4 DIA			
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6 DIA			
7	TRAMAL 100MG VO 0.9% EV.OU 01 CP/VO DE 800MG VO			
8	PLASIL 10 mg EV 0/8h (S/N)			
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12h			
10	SE FAZER NECESSÁRIO REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12h			
11	COPAY 1000MG VO 3/3 DIA SE PASSE A 1000MG VO 2/2 DIA			
12	SALICÍLICO ACETATO 400MG VO 3/3 DIA			
13	COPAY 1000MG VO 3/3 DIA			
14	SALVATOCOCOG 661			
15	MUFROM FARM 300 MG EV 5/5 DIA			
16				
17				
18				
19				
20	SÉ-4000MG VO 3/3 DIA COPAY 1000MG VO 3/3 DIA SULF 300-400 400 400 10.UI E OU CIRCA 40 U.I. GLICOSE 50% 10 ML EV E AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

I) SOLICITADO:

BP/AT CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 JUN 2017

II) PROGRAMAÇÃO:

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Salas 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

BP/AT CONTEUDO NAO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Salas 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

SINAIS VITAIS

6 H	120x70	70	36°
12 H			
18 H			
24 H			



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENVELOPE: 216.3

Nome: Raimundo Leão Barreto		DATA: 19.02.16	Localização / Região	DATA:	Localização / Região		
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II				<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II			
Etiologia		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		<input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Arterial <input checked="" type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			
Tamanho da Ferida:		Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm		
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico			
Quantidade de Exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante		<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante			
Tipo de exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo			
Dor:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Odor:		<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input checked="" type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input checked="" type="checkbox"/> a beira do leito <input checked="" type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor			
Condição da pele Perilesional:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras			
Solução para limpeza		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" 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: _____		<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	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde				
Data da Próxima troca:		15.02.16					
Em caso de + de 24hs							
Pímbo e ass. Tec. em Enfermagem		01- <i>Acônido</i>	02- <i>Ricardo</i>	01- <i></i>	02- <i></i>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro							
OBS:							
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div> 05 JUN 2017				OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</div> 19 MAI 2017			
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 481 Sala 4 Rio Branco - RR - CEP: 69301-410				Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 481 Sala 4 Rio Branco - 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, estes devem ser evoluídos 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	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	216-3	DATA	15/2/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N
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 8/6 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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

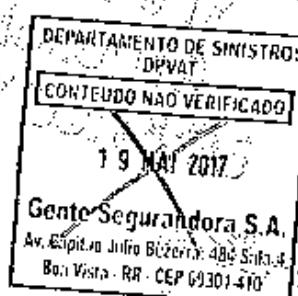
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

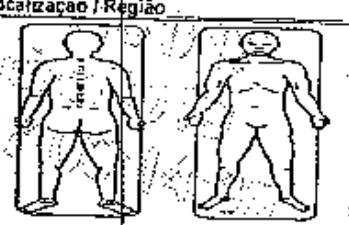
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T=
6 H				
18 H	132x98	68		36,6°
18 H	120x80	72 BPM	18 BPM	36,9°C
24 H				

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

PA 150x90
66

 <p>Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - ICBR</p>		Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração: Fevereiro 2013 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO:
Nome: <i>Rosana</i> DATA: <i>15.02</i> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II 		<i>2163</i> Localização / Região: M1 D2 
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		DATA: _____ <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II Localização / Região: _____
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico. <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipos de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		<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 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 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: <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 type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza: <input 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 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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde Data da Próxima troca: <i>Desvio</i> Em caso de + de 24hs		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. prof. em Enfermagem: <i>Emiliaene Dantas</i> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Dantas</i>		01- 02- 01- 02-
OBS: _____		OBS: _____
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<i>05 JUN 2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Cipriano Júlio Barreira, 694 Sala J Rio Branco - RR - CEP 69301-410		<i>19 MAI 2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Cipriano Júlio Barreira, 694 Sala J Rio Branco - RN - CEP 59301-410

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Covatec Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas 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	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	216-3	DATA	16/02/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N/D
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: 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

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Salão 4
Bom Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Salão 4
Bom Vista - RR - CEP 69301-410

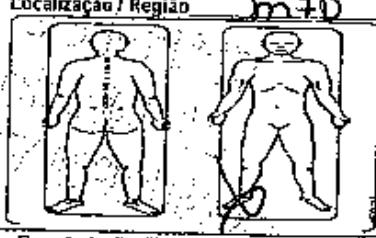
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H				
12 H	150/90	69		36.80
18 H	120X80	70	20	37°
24 H	087/57	FUNDOMÍTRIO		

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



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Carentivo - HGR

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

Nome: Raimundo dos Bonfim	
DATA: 16.02.16	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II 2	
	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética cineuropática <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 esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico medula morta	
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 type="checkbox"/> Serossanguíneo	
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	
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 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:	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Diário	
Em caso de + de 24hs Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro OBS:	
<div style="text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 05 JUN 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 421 Sala 4 Belo Horizonte - MG - CEP 30101-410 </div>	
<div style="text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 19 MAI 2017 Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 424 Sala 3 Belo Horizonte - MG - CEP 30101-410 </div>	

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.



<p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA</p>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	RAIMUNDO LEÃO BARRETO				
DIAGNÓSTICO	FX LUX EXP TN2				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	216-3	DATA	17/02/2016
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5W			
2		5W			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h	5W - 26			
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12h	5W			
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	5W			
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN	5W			
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	5W			
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	5W			
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H	5W			
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H	5W			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5W			
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	5W			
13	CURATIVO DIÁRIO	5W			
14	SSVV + CCGG 6/6, H	5W			
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H	5W			
16		5W			
17		5W			
18		5W			
19		5W			
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				

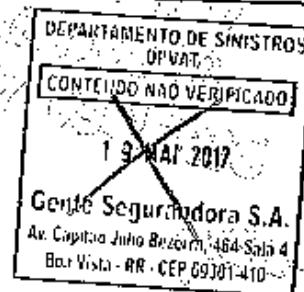
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP.
6 H				
12 H	135x88	67	—	36.8
18 H				
24 H	150/110	89		

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HGR					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		RAIMUNDO LEÃO BARRETO			
DIAGNÓSTICO		FX LUX EXP TNZ			
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	216-3	DATA	18/02/2016
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3 N/C
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	SSV+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				

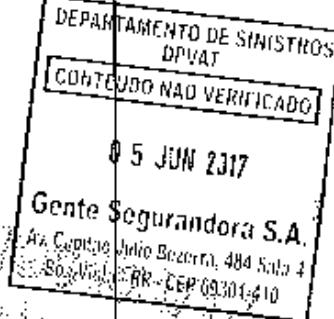
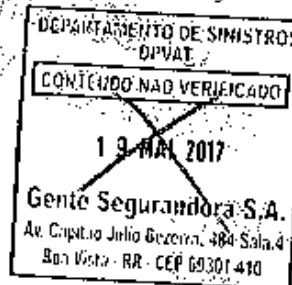
EVOLUÇÃO MÉDICA:

#SOLICITADO:

#CONDUTA:

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TOX
6 H				
12 H	140x80	63		36:
18 H	130x90	72		36.1
24 H	130x80	65	-	36.5C

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM/RR 1645
Residente de Ortopedia
e Traumatologia

HGR Hospital Geral de Rio Branco	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015
		ENF/LEITO: 216-3

Name: <i>Raimundo Reis Barreto</i>	Localização / Região: <i>M 20</i>	Localização / Região:
DATA: 18.09.16	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II
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"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma, outras:	<input checked="" 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, outras:	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" 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 type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input checked="" type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<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	<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 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 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 type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Água Fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Água Fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 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 type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: <i>Quinta</i>		
Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. N.C. em Enfermagem: <i>Reinaldo S.</i>	01- <i>Reinaldo S.</i>	02- <i>Reinaldo S.</i>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <i>Reinaldo S.</i>		
OBS:	OBS:	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<i>05 JUN 2017</i>		<i>19 MAI 2017</i>
Gente Seguradora S.A. Av Capitão Julio Bezerra, 433 Salão 4 Bragança-PA CEP 68011-410		Gente Seguradora S.A. Av Capitão Julio Bezerra, 433 Salão 4 Bragança-PA CEP 68011-410

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Chavafec, Solutions Programs.
Os pacientes com D2 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	DM2	NEGA	
IDADE	71	LEITO	216-3	DATA	19/02/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					-11
2						
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					14 22006
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					-11
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					10
6	PARACETAMOL 500MG VO 8/6H SN					12
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					13
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					14
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H					15
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					16
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					17
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					18
13	CURATIVO DIÁRIO					
14	SSVV + CCGG 6/6 H					ROTINA
15	METRONIDAZOL 500 MG EV 8/8H					19/02/2016
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					

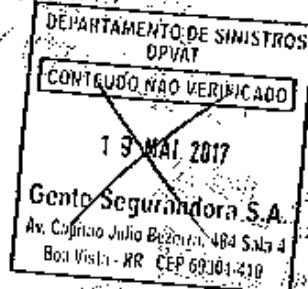
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T	
6 H	120x80	62	—	36,1	
12 H	134x102	64	—	36	
18 H	120x90	80	—	36,5	
24 H	120x70	71	—	36,4	

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



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Almeida Décio Costa

IDADE: 47a

REGISTRO:

BLOCO: B

ENFERMARIA: 216

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE: Otogram

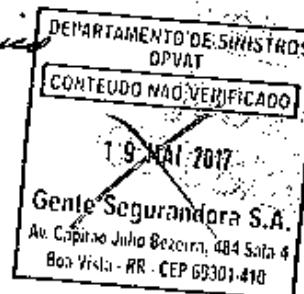
PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Painel com fatura de TVZ.

Salvo virem energias

jeito que é só brata!



14/02/16
Data

Médico

43años

tempo: Entopedia

Problemas cardíacos

PA: 120/80 - 4

Apa. RR 1 et. 3rd

Prof. Dr. ...

Exame: No



15/02/16
Data

Médico

		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	DM2
IDADE			LEITO	216-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N.	
2					
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H			14. 26. 06.	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01-X DIA			10.	
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H.SN				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.8% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INT			18.	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	RANITIDINA 50MG EV 12/12H			15. 06.	
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			11.	
15	METRONIDAZOL 500:MG EV 8/8H			19. 22. 06. 7	
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

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Avenida Capitão Júlio Bezerra, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69010-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.

Avenida Capitão Júlio Bezerra, 404 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69010-410

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	TR
6 H				
12 H	120/80	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 da Elaboração: Atualizada: Janeiro / 2015 Fevereiro 2013
		ENF/LEITO: 816-3

Nome: <i>Raimundo Leônio Barreto</i>			
DATA: <i>20/03/16</i>	Localização / Região: <i>Pe</i>		Localização / Região:
	<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"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" 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		
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 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 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		
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 checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Collagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	E _____ so de + de 24hs		
Carimbo e ass.	01- <i>Emilia</i>	02- <i>Graça / Heloáce</i>	01- <i>Emilia</i> 02- <i>Graça / Heloáce</i>
OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>05 JUN 2017</i>		
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT <input type="checkbox"/> CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>19 MAR 2017</i>		
	Gente Seguradora S.A. Av. Cipriano Júlio Brêzere, 484 Salas C Praia Vista - PR - CEP 89001-410		

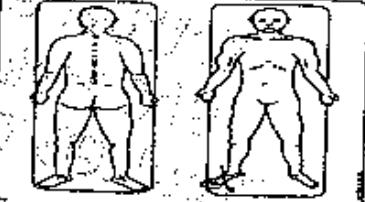
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração:
Fevereiro 2015
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 2163

Nome: <i>Raimundo Leão Barreto</i>			
DATA: <i>21.02.16</i>		Localização / Região	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I X 3 <input type="checkbox"/> GRAU - II			
		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"/> neuropática <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 esfacelo <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		
Cor do 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 <i>(Muito doloroso)</i> <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		
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 <i>(edema leve)</i>		
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: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:	<input checked="" type="checkbox"/> 22.02.16		
Em caso de + de 24hs			
Brinco e ass. tec. em Enfermagem	01-	<i>Enfermeira</i>	02-
Brinco e Assinatura do Enfermeiro	<i>Ademilto Carla Namely</i>		
OBS:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <i>05 JUN 2017</i> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 494 Sala 4 Bon Vista - RJ - CEP 0301-410 </div>		
OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais feridas, estarão devendo ser avaliados separadamente.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <i>19 MAI 2017</i> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 494 Sala 4 Bon Vista - RJ - CEP 0301-410 </div>		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					NGR
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIM	DN		
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO					
AGNOSTICO FX LUX EXP TNZ					
ALERGIAS - NEGA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	216-3	DATA	22/02/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS				
3	CEFAZOLINA 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	SSW + 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 DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

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

SINAIS VÍTEOS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	150x95	67	-	36.5°C
18 H	120x80	77	-	36.4°C
24 H	140x90	64	-	36°C

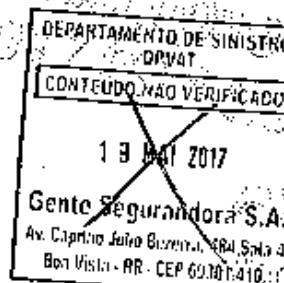
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE RAIMUNDO LEAO BARRETO						
AGNÓSTICO FX LUX EXP TNZ						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	216-3	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N D	
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS				10/09/17	
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				10/09/17	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				10/09/17	
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP	
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H				10/09/17	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				10/09/17	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N	
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E				S/N	
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA				S/N	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO				S/N	
14	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N	
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA				SUSP	
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS				SUSP	
17					SUSP	
18					SUSP	
19					SUSP	
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 QU GLICOSE ≤ 70 DMGL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

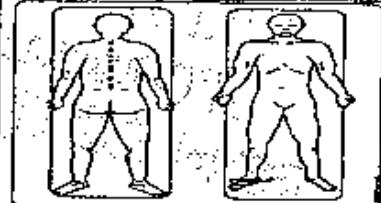
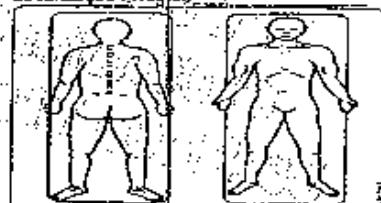


SINAIS	V	PA	FC	FR	
6 H		12/90			
12 H		13/90	70	298	Temp. 36,6°C
18 H		143,68	65		35,3°C
24 H		130x90	72		

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																																			
AGNÓSTICO: FX LUX EXP. TNZ																																			
ALERGIAS: NEGA		HAS	NEGA	DM?	NEGA																														
IDADE: 77		LEITO	216-3	DATA																															
ITEM		PRESCRIÇÃO																																	
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO																																	
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS	SNP																																	
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS	SUSP.																																	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	SUSP.																																	
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	SUSP.																																	
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H	SUSP.																																	
7	TRAMAL 100MG + SED 0,5% EV OU 01 DÍ VD DE 30ML SE DOR INT	SUSP.																																	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN																																	
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA	SN																																	
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA	SUSP.																																	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAU > 110 MMHG	SUSP.																																	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SUSP.																																	
13	CURATIVO DIÁRIO	SUSP.																																	
14	SSVV+ CCGG 6/6 H	SUSP.																																	
15	CLEXANE 10 MG SC 01 X DIA	SUSP.																																	
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:																																			
<u>II SOLICITADO:</u>																																			
<u>II CONDUTA:</u>																																			
<u>II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA</u>																																			
<u>II PREVISÃO DE ALTA:</u> SEM PREVISÃO																																			
<table border="1"><tr><td colspan="2">DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</td><td colspan="2">DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</td></tr><tr><td colspan="2">CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</td><td colspan="2">CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</td></tr><tr><td colspan="2">13 MAI 2017</td><td colspan="2">05 JUN 2017</td></tr><tr><td colspan="2">Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410</td><td colspan="2">Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410</td></tr></table>						DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		13 MAI 2017		05 JUN 2017		Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410															
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT																																	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																																	
13 MAI 2017		05 JUN 2017																																	
Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410																																	
<table border="1"><tr><td colspan="2">SINAIS V</td><td>PA</td><td>FC</td><td>FR</td><td>Cor</td></tr><tr><td>6 H</td><td>120/80</td><td>62</td><td>20</td><td>36</td><td>Clara</td></tr><tr><td>12 H</td><td>128/93</td><td>71 bpm</td><td>20</td><td>36.70</td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td>128/88</td><td>68</td><td>20</td><td>36.2</td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td>120/90</td><td>74</td><td>20</td><td>36</td><td></td></tr></table>						SINAIS V		PA	FC	FR	Cor	6 H	120/80	62	20	36	Clara	12 H	128/93	71 bpm	20	36.70		18 H	128/88	68	20	36.2		24 H	120/90	74	20	36	
SINAIS V		PA	FC	FR	Cor																														
6 H	120/80	62	20	36	Clara																														
12 H	128/93	71 bpm	20	36.70																															
18 H	128/88	68	20	36.2																															
24 H	120/90	74	20	36																															
<p>Dr. Pedro L. Gouvêa M. CRM/RN 10115 Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>																																			

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

Nome: Raimundo Leão Barreto		Localização / Região: m 20		Localização / Região:		
DATA: 04/02		<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"/> 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	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ 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 <input type="checkbox"/> Escara		
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"/> Serossanguíneo			<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	dolor _____ <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odo:	<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 Perifencial:	<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 _____			<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 type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Cloredicina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Cloredicina 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:	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde		
Data da Próxima troca:	Diário					
Em caso de + de 24hs:	01-	02-	01-	02-		
Imbo e ass. em Enfermagem:	Raimundo	Barreto				
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:						
OBS:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
	05 JUN 2017			13 MAI 2017		
	Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 664 Salas 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410			Gente Seguradora S.A. Av. Capitão João Bezerra, 664 Salas 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.

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH DN

PACIENTE: RAJIMUNDO LEAO BARRETO

AGNÓSTICO: FX/LUX EXP TNZ

ALÉRGIAS: NEGA

IDADE: LEITO 216-3

ITEM: DATA 25/02/2016

(PREScrição)

1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS	5/11
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS	5/11
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	5/11
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	SUSP
6	DIPIRONA 01G EV 8/6H	5/11
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	5/11
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	5/11
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA E	5/11
10	RANITIDINA 50MG EV 1X/DIA	5/11
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5/11
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	5/11
13	CURATIVO DIÁRIO	5/11
14	SSVV + COGG 6/6 H	5/11
15	CLEXANE 40 MG SC 01 X DIA	5/11
16	MERTRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8 HS	5/11
17		5/11
18		5/11
19		5/11
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	5/11

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITALS:

PA	FC	FR	RR
6 H			
12 H	150x80	69	36,5
18 H	140x80	65	36,8
24 H	140/90	62	36,0

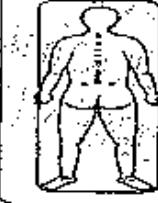
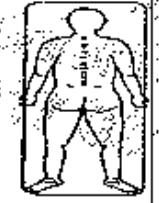
**Dr. Pedro Henrique Alves
CRM/RR 10015
Residente de Ortopedia e Traumatologia**

**Marcelo T. Ribeiro
Nutricionista
CRM-RR 3291**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra nº 400
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

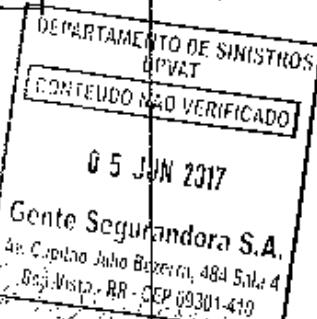
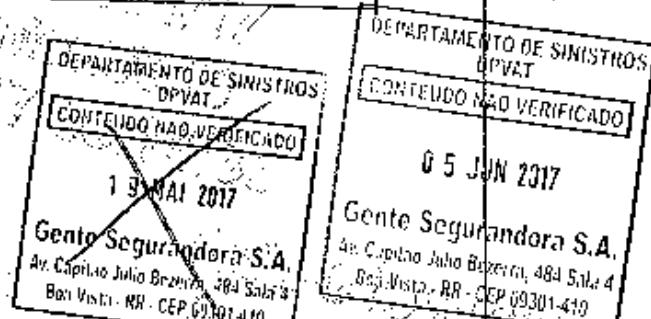
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Capitão Júlio Bezerra, 484-SM/400
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

HGR Hospital Geral de Rio Branco	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENFILEIRO: 2163		

Nome: <i>Raimundo Lel Barreto</i>				
DATA: 26.02.16		Localização / Região		
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II X3		 		
		DATA: <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"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Tamanho da Fenda:		Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:		<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" 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		
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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Outras <i>Equerme</i>		
Solução para limpeza		<input 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 type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:		27.02.16		
Em caso de + de 24hs				
Imbro e ass. tec. em Enfermagem		01- <i>Carla Soares</i>	02- <i>Alcioneide</i>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:				
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		OBS: DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <i>19 MAI 2017</i> Gente Seguradora S.A. Av. Capitão Julio Bezerra, 584 Sala 4 Boa Vista - RR - CEP 69301-410		
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e desenvolvido pela Gente Seguradora Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais feridas, 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					
AGNÓSTICO: FX LUX EXP TNZ					
ALÉRGIAS:	NEGA	HAS:	NEGA	DM2:	NEGA
IDADE:	LEITO	216-3	DATA:	27/02/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV EM 24 HS				HT
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				16° 26' 08"
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H				10° 18' 04" 08
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SN
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)				SN
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				10/10/2016 09:43:37
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 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VÍTEOS	PA	FC	FR	Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR/1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H					
12 H	129 (X77)	73	36,6°		
18 H					
24 H					



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 Lemos Bedaneiro DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/02/16, COM ANOS, 43, DIAGNÓSTICO DE FRACTURA EXPONHO DE PÉ

NO DIA 10/02/16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE LNC + FRACTURA CORONAL PE (A) SENDO OPERADO PELO DR. Jesús Aguiar E DR. Carlos C. da Cunha

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 08/03/16, AS 07:30h, COM 0 DR. Jesús Aguiar

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 INTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

CLIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29/02/16, AS 07:30h, DR. Jesús Aguiar

05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Avenida Júlio Barreto, 400 - Centro
Belém - PA - CEP 69301-410

05 JUN 2017
Gente Seguradora S.A.
Avenida Júlio Barreto, 400 - Centro
Belém - PA - CEP 69301-410

Dr. Hugo Andrade
Médico
Ortopedia e Traumatologia



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

NON

Arthur Lvn BARRETT

Pacientes que solicitan asesoramiento

o dr. Ozkoller, operanta!

Cirrostratus exports

A trilobite *relicta* *and* *extinct*

Temps approximatif d'attente

6

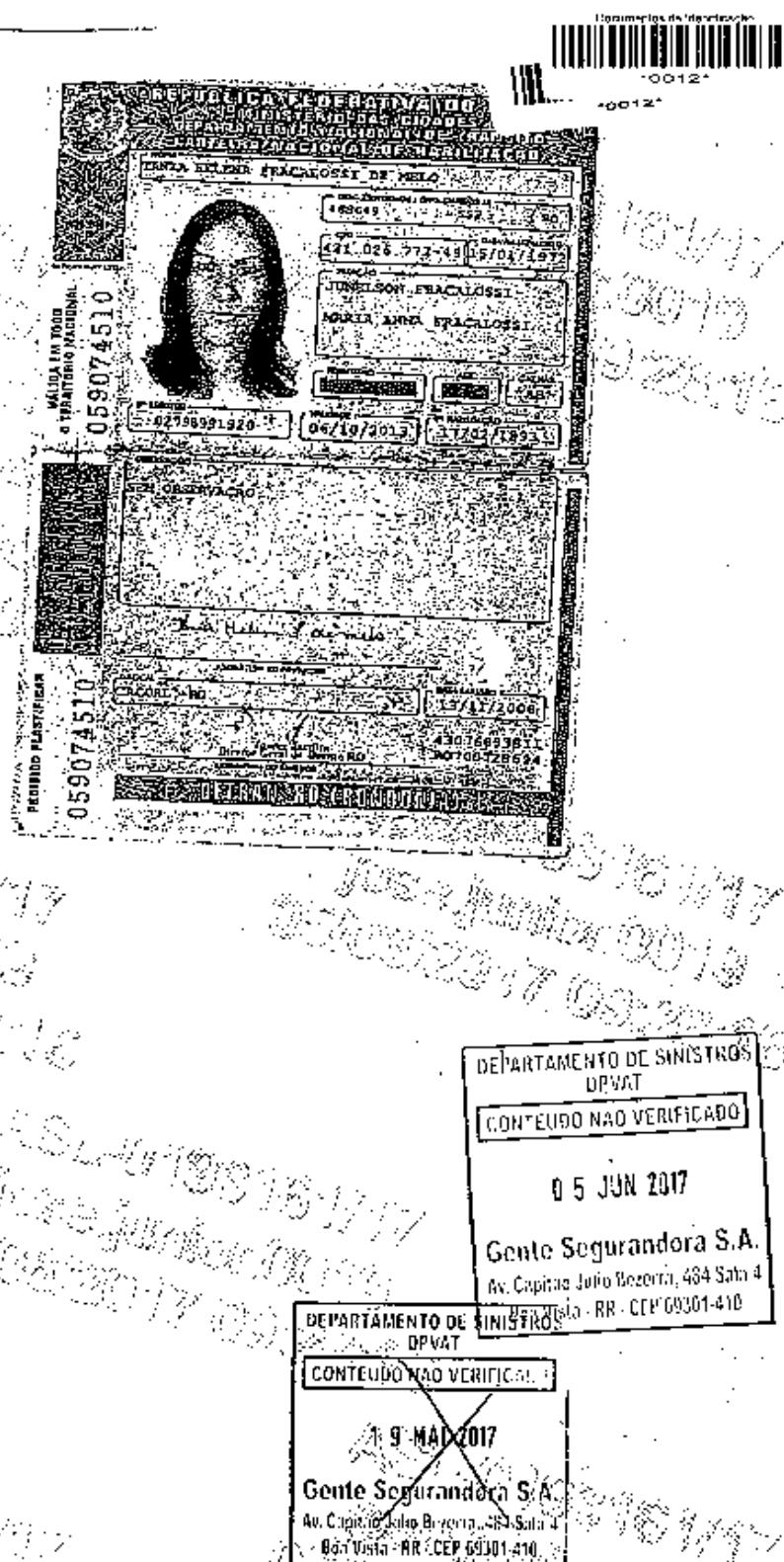
12 / 20

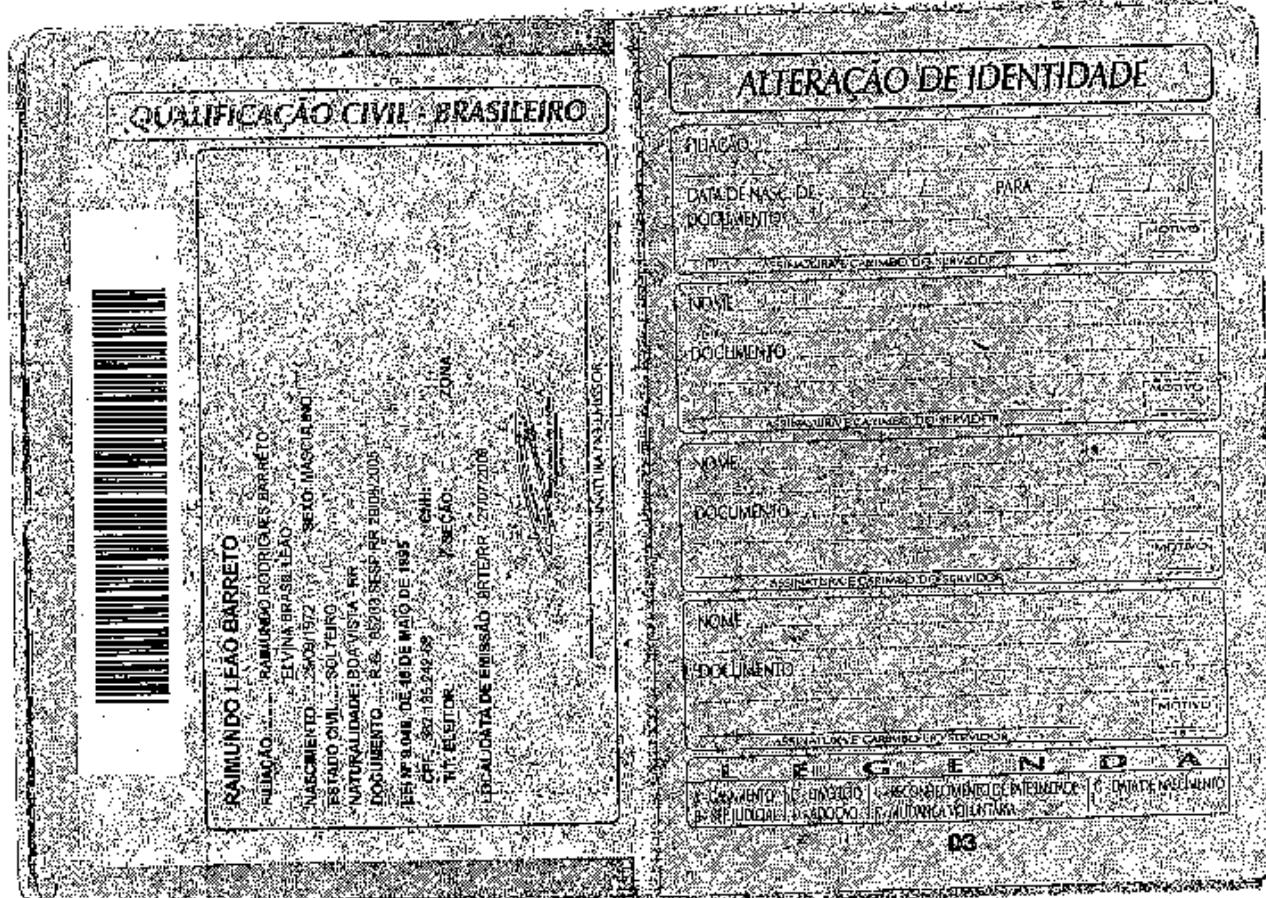


CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 836 - Centro-Beira Vista RR
CEP: 69.301-450 - CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone: 2121-7474

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	Teléfono: 214
OPVAT	
CONTÉUDO NAO VERIFICADO	
05 JUN 2017	
Gente Seguradora S.A.	
Av. Capitão Alcides Bezerra, 484 Sala 4	
Bair. Vila Fá - RR - CEP 69301-410	

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 MAI 2017





DUT
100071
100071

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETAN - RR N° 01 1266163810
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

PLACA	EXERCÍCIO	
ROA-VISTA	2015	
CPF/CNPJ	PLACA	
623.972.142-57	ROA 9257	
PLACA ANTOLOGIA	CHASSI	
ROA 9259	9TCC33001R01435	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
FAB/MOTOCICLETA/NAB: APR 10	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB / ANO MOD	
HONDA / CR 150 FAN VS	2013 / 2013	
CAF / POT / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
21/01/2400	PMMV (CU)	VERMELHO
I P	VENC / COTAS	
V A	1. FAIXA IPVA 2016/2017 PARCELAGEM COTAS 2. FAIXA IPVA 2017/2018 3. FAIXA IPVA 2018/2019	
PRÉMIO TARIÁRIO (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
100,00	100,00	03/02/2014
PASES		
AL. Luiz Eduardo Góis de Castro - EXOFET S. Governo do Estado de Roraima - Diretor Presidente-Interino		
DETAN-RR		
LOCAL: ROA-VISTA-RR DATA: 03/03/2013		
REPROVAR		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

19 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484, Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484, Sala 4
Bon Vista - RR - CEP 69301-410

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo Leão Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Vendedor
Identidade: 85.203 CPF: 382.135.242-68
Endereço: R: Raimundo A. Cavalcante Bairro: Capela do Socorro
Cidade: Boná Vista CEP: 69.305-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalossi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Corretora
Identidade: 488049 CPF: 402.103.672-49
Endereço: R: Antônio Augusto Martins, 343 Bairro: Jacarecanga
Cidade: Boná Vista CEP: 69.305-270

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante 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. Entendo que esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

10 MAI 2017

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio o senhor 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.

COUTEUDO NÃO VERIFICADO

05 JUN 2017

Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 Sala 4
Boná Vista - PB - CEP 58014-410

CARTÓRIO
LOUREIRO

Local e data:

Boná Vista, 10 de junho

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

Reconhecer firma da assinatura em cartório

CARTÓRIO LOUREIRO
DIL NOSSO LOUREIRO - TABELÍA E REGISTRAÇÃO
AVENIDA VILA BOA, Nº 500 - CENTRO - 58014-410
TEL: (83) 3261-6192

RECONHECO VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
IAK1569111 - RAIMUNDO LEÃO BARRETO.

VSDS. Em testemunha _____ de verdade
Boná Vista, 10 de Junho de 2016. Custos: 1,55
MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA _____
RESERVA MENSALMENTE AUTORIZADA
RESERVA MENSALMENTE AUTORIZADA

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE (Beneficiário)

Nome: Raimundo das Barreto
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Casado
Profissão: Pescador
Identidade: 85203 CPF: 382.135.242-68
Endereço: R. Raimundo A. Cavalcante Bairro: Capricóndia
Cidade: Bon Vista CEP: 69.306-430

OUTORGADO (Procurador)

Nome: Tânia Helena Fracalorsi de Melo
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Casada
Profissão: Comitiva
Identidade: 488049 CPF: 421.026.772-59
Endereço: R. Antônio Augusto Martins, 317 Bairro: Ita Francisco
Cidade: Bon Vista CEP: 69.303-230

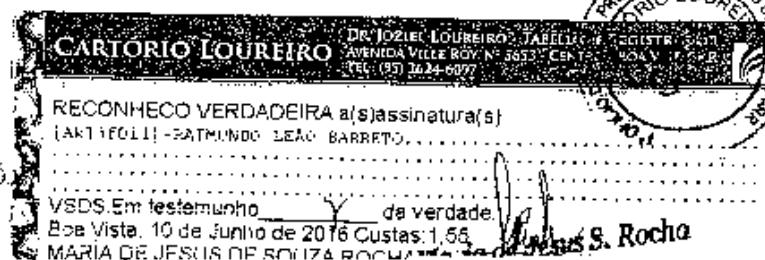
Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representante perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou perante qualquer Seguradora conveniada ao Seguro DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para 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:

Bon Vista, 10 de Junho de 2016.

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório

RECONHECO VERDADEIRA a(s)assinatura(s)
(ART.1º FOLH) - RAIMUNDO LEAO BARRETO

VSDS Em testemunho _____ de verdade.
Bon Vista, 10 de Junho de 2016 Custas: 1,56
MARIA DE JESUS DE SOUZA ROCHA



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 TORNOZELO DIREITO: LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, INVERSÃO E
médico pericial: EVERSAO, ESTABILIDADE PRESERVADA, TESTES DE ROTAÇÃO SEM ANORMALIDADES, ARTICULAÇÕES METATARSOFALANGEANAS, 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 EVERSAO

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 Anisio

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 tibia 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 (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



DECLARAÇÃO DE ENTREVISTA

VÍTIMA:	Raimundo Lobo Bonito
SINISTRO:	3170310952.1
NATUREZA:	gravidez
UF:	RR

DATA DE CONCLUSÃO DO RELATÓRIO: 16/06/2020



CNST
Cadastro Nacional
Serviços Técnicos

DECLARAÇÃO

SINISTRO: 30703109521

PASTA JUDICIAL:

DAMS INVALIDEZ MORTE

VÍTIMA: Rainaldo Leão Barreto

I - DECLARANTE

REQUERENTES OUTROS

NOME: Rainaldo Leão Barreto

DOC. DE IDENTIFICAÇÃO: 85903

CPF: 32213524268

ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Rainaldo A. Ondakante 1641 - Aparecida - B. Vista 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 consta eu como economista, mais fa fechado pelo intermediário da mya minha leão, mas sei possuir comparsas na delegacia. A morte considerada por mim tem como única propriedade fútura de Almeida brasil, muitos d. Interessos mas sei informar q. Atualmente, realizou 69 sessões de fisioterapia pelo sus, durante os meses aproximadamente, tratamento que terá o lenino em 01/03/17, o acompanhamento foi no hospital Geral, consta q. Foi apresentado um laudo médico assinado pelo medico sus de fases, o documento destruiu de posse do laudo de 1M, assim sem ter quanto a minha

DATA: 16/09/17

Rainaldo Leão Barreto

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-04V1

PAG 01/03

assinatura na CTPS com o passo
dos anos a minha assinatura mudou
mais recentemente que as assinaturas
só as minhas, em todos os documentos
enviados a este processo, devo
uma testemunha

LOCAL E DATA:	Boa Vista/PR, 16/06/17	HORA: 15:30
ASSINATURA DO DECLARANTE:		
TESTEMUNHA - NOME:	Denise da Silva Vasconcelos	
CPF:	659 480 342-72	RG: 157985-5501/RS
ENDERECO:	R. Raimundo A. Cavalcante, 16411-000 - Boa Vista/PR Denise da Silva Vasconcelos	
TESTEMUNHA - NOME:		
CPF:		
ENDERECO:		
AUDITOR:		
ASSINATURA:		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E SOM DE VOZ

Pelo presente instrumento particular, Fernando Leão Barbosa, RG nº 85203, doravante denominado AUTORIZANTE, concorda em ceder, gratuitamente e por tempo indeterminado, de forma irrevogável e irretratável à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/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.

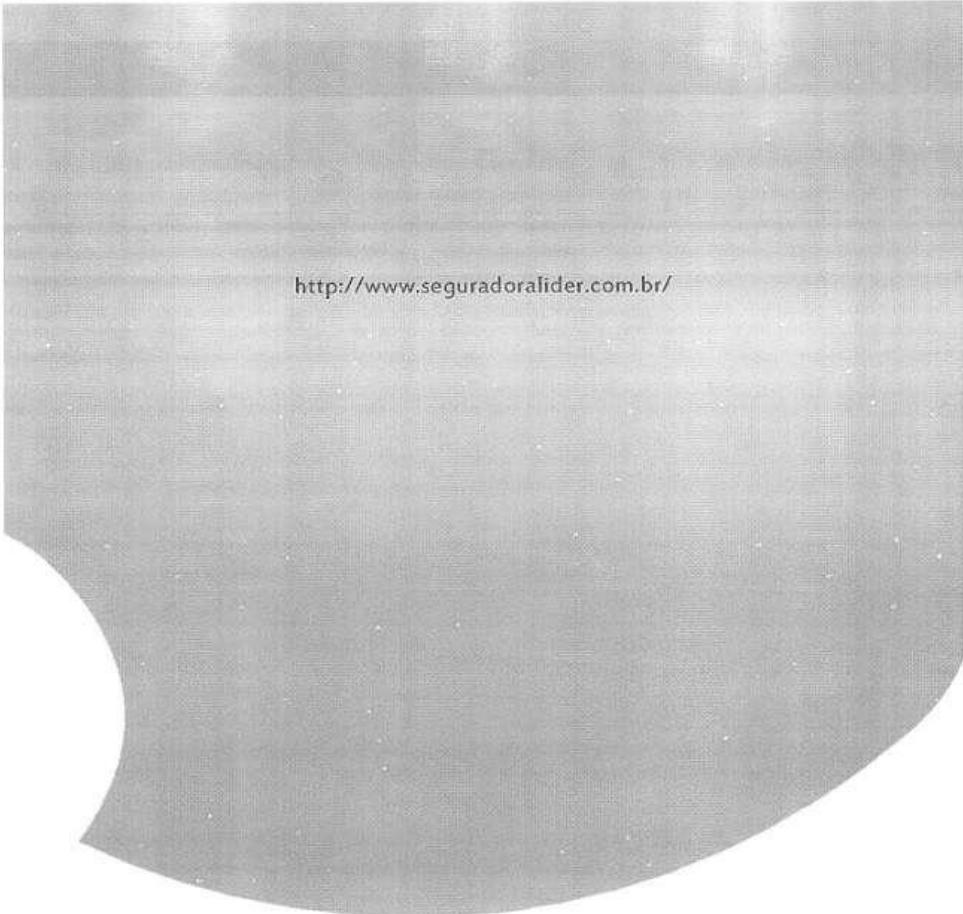
DATA: 16/06/19

Fernando Leão Barbosa

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

FORMGAF-04V1

PAG 03/03



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ688 67F-XD 92Z8HJ 6WM6B





Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Rationalização 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

Mostrando resultados

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-B033-7CC99430A9D4



Tipo Jurídico

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

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:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX	XXX	XX

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 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFADDE5E2CFBF7D5CE68740F233E496AFDA80E1FB8

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

[Assinatura]

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER 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: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



Seguradora Lider 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 investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incorso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1975, 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, ratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

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

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

Página 2 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: FD6974386FA48220CFDE4B56RAFADE5ECE8FFD50F68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 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.), Nicólas 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

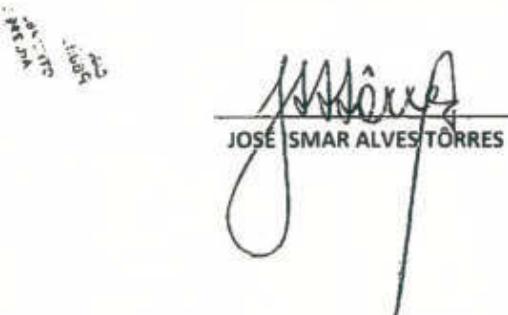
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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 Lider 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 CONSÓRCIOS 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB6

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





14

EODN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 13 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, considerando o artigo 3º da Lei nº 7.3, de 21 de novembro de 1964 e o que consta do processo Susep 15414.619380/2017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar os seguintes deliberados tomados pelas autoridades de ALM SIGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n. 32.694.731.0001-89, com sede na cidade de Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017:

I - Aumento do capital social em R\$ 400.148,80, elevando-o para R\$ 1.155.581,51, dividido em 179.246.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal; e

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resulta que a parcela de R\$ 188.10,60 do aumento de capital acima deverá ser integrada até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência conferida pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto no artigo 3º da Lei nº 7.3, de 21 de novembro de 1964 e o que consta do processo Susep 15414.619380/2017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores da SEGURADORA LÍDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ n. 99.148.400/0001-01, com sede na cidade de Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Lei nº 7.3, de 21 de novembro de 1964, aprovado pela Lei Complementar n. 126, de 15 de junho de 2007, e o que consta do processo Susep 15414.623894/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria da IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n. 33.356.989/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 758, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.523, de 20 de dezembro de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 3º da Lei nº 7.3, de 21 de novembro de 1964, aprovado pela Lei Complementar n. 126, de 15 de junho de 2007, e o que consta do processo Susep 15414.623894/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria da IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n. 33.356.989/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Diretoria n. 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 168, supõe I, onde as II: "... na reunião do conselho de administração realizada em 3º de novembro de 2017.", trocar: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 28, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso das atribuições conferidas pelo artigo 3º do art. 4º da Lei nº 3.546, de 10 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei nº 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Estrutura Regulamentar da Autarquia, aprovada pelo Decreto nº 8.275, de 21 de novembro de 2007;

Considerando o Decreto Federal nº 9.644, de 18 de maio de 1998, que aprova o Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Cargas Rodoviárias;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova o Regulamento para o Transporte de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro nº 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova os Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Cargas Rodoviárias destinadas ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro nº 16/2018, de 14 de janeiro de 2018, conforme anexo ao Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br;

Considerando a necessidade de abertura do Conhecimento de Intenção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP), pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de conceção de tanques de carga rodoviária;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Apliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro nº 16/2016;

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Apliação da Conformidade para Transporte de Cargas Rodoviárias destinadas ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro nº 16/2018, de 14 de janeiro de 2018, conforme anexo ao Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br.

Art. 2º Ficam inseridos na Portaria Inmetro nº 16/2018 os Anexos A e D anexos à esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro nº 16/2018 os Anexos F e G anexos à esta Portaria.

Art. 4º Ficam inseridos, no art. 4º da Portaria Inmetro nº 16/2016, os seguintes parágrafos:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 12 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, vinda pública, conforme o convênio de Anexo, as propostas de modificação da Novena versão do MEACOSUL - MCNI e da Tabela Exports Comum em anexo pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENIT), com o objetivo de colher subsídios para definição de posicionamento do governo brasileiro no âmbito da conferência do Comitê Técnico nº 1, de Tarifa, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CTF).

1. As informações relativas às propostas devem ser apresentadas mediante a preenchimento integral do formulário disponível na página oficial Ministério da Internet, no endereço http://www.mre.gov.br/internet/ctf/requisitos/ctf_0137/reuniao-de-conferencia-do-ctf.html.

2. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/internet/php/comercio-exterior/tabelas-de-comercio-exterior/04-requisitos-ctf.html>.

3. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nome de interessados do CTI, eventual manifestação a respeito deve ser encaminhada a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RUIJATO AGOSTINHO DA SILVA

ANEXO

SITUAÇÃO ATUAL	SITUAÇÃO PROPOSTA
2917.20.08 - Ácidos policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos, anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados	3 2917.20 - Ácidos Policarboxílicos, cítricos, citráticos, cítricos ou cítricos-potássicos, ácidos anidros, halogenuados, peroxídos, peroxalônicos e seus derivados
	2917.20.1 - Ácidos, peroxídos e seus derivados
	2917.20.15 - Ácidos de ácidos policarboxílicos cítricos
	2917.20.16 - Clorofenoxato de cítricos
	2917.20.90 - Outros
	Outros

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.mre.gov.br/internet/ctf.html>, pelo código RNE: 281512300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que inclui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

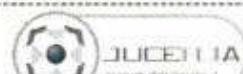
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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 SOR O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDDE4B56AFAD5EFCBFFD5CF68740F2338496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.ejus.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4995508

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, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

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

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

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284798
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

convocada.



4998510

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 Assembleias 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 4 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 alcada 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 alcada 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BFBA0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 encriturar 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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 inicio 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020183575185 - 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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/9



4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

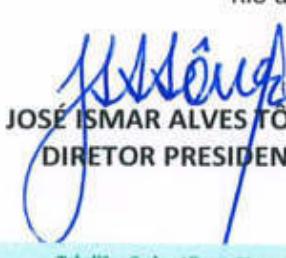
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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 Fimro Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800

ADB28690
088674

Peconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas das: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453)

Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar

Paulista Cristina A. D. Gaspar - Adv.
EELP-56881-HQ, EELP-56882-GRS
Consulte em <https://www3.tirijus.br/sitepublico>

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Total: 3,96
Escrivente: 3,96
CTNRS.60982 série 06077 ME
Ato 205 3º Lei 8.986/94



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 CORPORARTE 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; INVESTMAR 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; POTENCIAL 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.; SUHAI 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 mandado**





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; JOSELAINA 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 LIDER 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

