

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:
2945481520201230101019

Processo 0831353-81.2020.8.23.0010 ☆ - (21 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 9	30/12/2020 10:10:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAOAnexo021.pdf Público
9.3 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2775459CONTESTACAOAnexo022.pdf Público
9.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
8	21/12/2020 00:01:52	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de IVAN LIMA DE SOUSA) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
7	09/12/2020 23:00:58	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de IVAN LIMA DE SOUSA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020)	ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária
[+] 6	09/12/2020 21:10:59	CONCEDIDO O PEDIDO	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado
5	08/12/2020 16:52:17	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	08/12/2020 16:52:17	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	08/12/2020 16:52:17	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	08/12/2020 16:52:17	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	08/12/2020 16:52:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Processo: 08313538120208230010

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 **IVAN LIMA DE SOUSA**, 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 **09/04/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/04/2020**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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

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

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **09/04/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

⁷ art.

1º

(...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 30 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do 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 **IVAN LIMA DE SOUSA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08313538120208230010.

Rio de Janeiro, 30 de dezembro 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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC-3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294316382 - 15

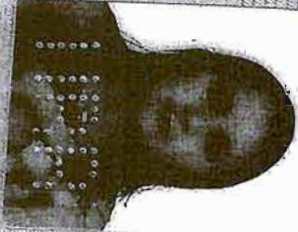
Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 POL. EOM. DIREITO



Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 80.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CC-3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.

CPF 294316382 - 15

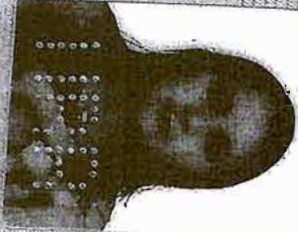
Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 POL. EOM. DIREITO



Luana Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

1ª Classificação: ☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

2001235775 09/04/2020 21:49:43 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 12

Paciente: IVAN LIMA DE SOUSA Data Nascimento: 11/11/1982 Idade: 37 A 4 M 28 D CNS: 703506048395730 CPF: 88175979372 Prontuário: 88175979372
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 05/07/2018 Sexo: M Estado Civil: PARDARaça/Cor: PARDANaturalidade: BRASILEIRA
Mãe: JOSEFA LIMA DE SOUSA Pai: NI Contato: (99) 99142-1626
Endereço: RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 - ALVORADA - BOA VISTA - RR Ocupação:

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Plano Convênio: N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: ADAO

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

Anamnese de Enfermagem: GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 123456

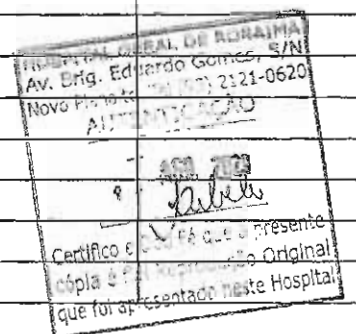
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente trazido pelo SAMU após acidente de trânsito com suspeita de FX de fêmur.

Exame Físico: BEG, lórex, eupneico. Glasgow 15.

Hipótese Diagnóstica:

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Diluição 2g IV		



Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Dr. Jorge Barros Freitas

Impresso por: adao
Data Hora: 09/04/2020 21:51:00



2001235775



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA: (A)



DATA DE ADMISSÃO	09/04/20	DIH	09/04/20	DN	11/11/82
PACIENTE	IVAN LIMA DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX fratura do antebraço esquerdo (D)				
ALERGIAS		HAS	N	DM2	N
IDADE	37	LEITO		DATA	09/04/20
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				26 12.15 24
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OUPAD > 110 MMHG				
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				
10					
11					
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

BDA TRANSF: 09/04/2020

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES
NIR		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE IVAN LIMA DE SOUSA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 178939
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703506048395730		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/1982
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL JOSEFA LIMA DE SOUSA		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Francisco de Sales do Silo - 1787 - Alameda		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bealito		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP R12
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Foram feitos exames metabólicos e apresentaram resultados de forma (D) fracos suspenções.		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Motivos de alto risco		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx e Ex. F320		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS Fracura subclavicular de fêmur (D)		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação Hospitalar		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA Clínica	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Eletivo	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Vitor Paracat		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 09/04/2020
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Bruno Vieira CRM 1231 RR Médico Residente Clínica de Traumatologia		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

178 070



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
IVAN LIMA DE SOUSA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO
00178939

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
703506048395730

8 - DATA DE NASCIMENTO
11/11/1982

9 - SEXO
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
JOSEFA LIMA DE SOUSA

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99122-4350

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
IVAN LIMA DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99122-4350

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA: FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 - ALVORADA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP
69.317-286

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente com Fr. Siderose
Fome @ há 5 meses*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIUR610

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

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

R. R.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DSCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Obstetria e Fm

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA
CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
ELETIVO

31 - DOCUMENTO
C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
201561850530005

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
CARLOS ENRIQUE LA ROSA RODRIGUEZ

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
16/07/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)
Carlos Enrique La Rosa
CRM 16000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
☐ CNS ☐ CPF

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050616
5722

W499



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/07/2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Subtração de Nervo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fx. D

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. O. Curran

1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR: Baker

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Archer

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Incisão lateral $\pm$ 25 cm
Disco + Nervo
Encontro - 5º Fx. em massa consolidada
Retirada de todo o osso
Redução -
Estabilização com placa DES 12 Fx
+ 07 pontos
Fechamento + Nervo

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463



Juan Lima de Souza

⑧) Менопроизводство 1 шт
304 ml
⑨) Производство по 2 шт 52 шт

3) Amoxicilīna + clavulānāts
1g + 200 mg 6/

4) absorpção 100 mg EV

3) Efektima 10 mg G

c) Diazepam 2,5 mg 6

7) Fentanyl 75 mcg ∞

e) f. ardeol. 50 mg. Gr.

Dr. Michel Moraes Moura
Médico Anestesiologista
CRM - RR 1106 / RQE: 124



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Ivan Lima de Sousa				16 / 07 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossíntese de Fratura do Fêmur Direto		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:54	15:26		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr Michel + Anderson		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Dr Anderson		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		Bábia		
		CIRCULANTE	Ronaldo + Raimundo		
TIPO DE ANESTESIA: Raquid		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDANº Balão colorido 2000ml	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL SUD Nº 24	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO Aletra ± 100ml	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Eletrólitos		1	OUTROS: atadura de crepom	
1	cateter #10		1	Drogamida ± 100ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Rebecca	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Carlos	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Dist. de Ficat. do Femur D.	
Nome do Paciente: Ivan Lima de Souza		IDADE:	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data 16/07/2010
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Kotliker + Raimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: SDA + SDC pequena cirurgia Membro Inferior + perfuradora + placas especiais					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Placa DC 36 fixador		01
02	Parafuso Espontâneo placa 38, NESS 1 NEG 01		1
03	Parafuso cortical NR 34		1
04	" " " NR 36		1
05	" " " NR 38		1
06	" " " NR 40		1
07	" " " NR 44		1
08	Parafuso deslizante NR 8.5		1

MÉDICO CIRURGIÃO: Carlos Enrique La Rosa 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: Médico CRM-RR 483

Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
Email: son me@hotmail.com

Van Linné de Savan

Data: 06/07/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA								
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Anestesia	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
15:17	15:33	15:54	16:26	15:17	15:33	15:54	16:26	Rogue	oste. femur	0'	102	109/65	100	6	0	
1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>Wedge</u> Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros:				2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado				3. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular				4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Admitido em sala</u> <u>preparado para</u> <u>osteotomia femur</u> <u>Wedge</u> <u>osteotomia</u>				
5. Anotações (Saída da Sala): T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular				6. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular				7. Anotações (Saída da Sala): T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular				8. Sinais Vitais: T °C R rpm FC bpm PA mmHg SAT % () Regular () Irregular				

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/05/2019



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a):

Carla

Hora:

15:30

Data:

16/07/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHEGAGEM
(X) Risco de Queda Prevenir queda	(X) Manter grades elevada na RPA	
(X) Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	(X) Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
(X) Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	(X) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos (X) Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
(X) Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	(X) Monitorar temperatura e comunicar alterações (X) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
(X) Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	(X) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) (X) Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
(X) Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	(X) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações (X) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
(X) Mobilidade Física prejudicada	(X) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
(X) Risco de Alergia	(X) Observar, anotar e comunicar queixas de alergia	
() Dor aguda Controle da dor e promover conforto	() Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) () Administrar medicação conforme prescrição médica	
() Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	() Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar () Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
() Náuseas Controle / Ausência de náusea	() Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
() Ansiedade Controle de ansiedade	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
() Confusão Aguda / Crônica	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
() Comunicação Verbal prejudicada	() Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Adm na sala p/ procedimento ortopédico eletro, física e orientada, sem queixas,
submetida a Registração c/ Dr. Michel e Ambessa, procedimento realizado c/ Dr. Carlos.

Bo vídeo, para retorno à SRPA

Responsável:

Carla

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Adnan Lima de Souza
Responsável Cirurgião Dr. Carlos + J. S. S.

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Andressa Melo Leal Hora: 18:00

Data 16/07/2020

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Michel + Anderson

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sangüínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: Hora: :

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura Andressa Melo Leal
Enfermeira
16/07/2020 18:00

Assinatura e Carimbo

BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 15/07/2020

RECEPTOR

Solicitação: 034527

Data da Solicitação: 15/07/2020

Nome: IVAN LIMA DE SOUZA

Dt. Nasc.: 25/11/1981

Nº da RT:

EXAMES DO RECEPTOR

Grupo Abo Rh O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

P.A.I. N

Ident. de Anticorpos:

Prontuário: 17916

Leito: 06 HLI

Enfermaria: BL E Apto. CC HG

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocom- ponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
0114200623051		CH	O(+)	N		COMPATIVEL	N	304 ml	C

Reação.....:

Data/Hora Início.....:

Data/Hora Fim.....:

Unidade Solicitante : CC

Responsável:

Assinatura CNF 12280

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA NOPES
inscrito (a) no CPF/CNPJ 294316382, 15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
IVAN LIMA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 72,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVAN LIMA DE SOUSA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 881759793, 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R: SDPM. JACINTO SILVA</u>	Número: <u>359</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>BARANÃ</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>LUANNA.SOUZ2A71@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69313572</u>	Tel. (DDD): <u>95991168367</u>

Local e Data: BOA VISTA, 26/10/2020.

Assinatura do Declarante

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5241601

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	PERÍODO DE CONSUMO 23-APR-20 a 21-MAY-20
CONSUMO (kWh) 1141	VENCIMENTO 17-JUN-20	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 05/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 932,19
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000090.321900750001.000000000539.918005200053



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 88175979372 4 - Nome completo da vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: IVAN LIMA DE SOUSA 6 - CPF: 88175979372
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. JORGE DIAS CARNEIRO 1084 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANTORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69317232
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA73@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00034816
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/04/2020 22:33:44 Data/Hora Fim: 11/04/2020 22:33:43
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 812065 Data: 11/04/2020
Delegado de Polícia: Darlinda de Moura Santos Viana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Leite
Logradouro: Rua Exedito Francisco da Silva com Marieta de M. Maques
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN LIMA DE SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 37
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 224702
CPF: 881.759.793-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jorge Dias Cameiro
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99141-7638 (Celular)

Nº: 1084

Nome Civil: ALEX BAMBERG DOURADO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade 41
Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG: 163747
CPF: 700.243.672-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Afonso dos Santos Pereira
Bairro: Alvorada

Nº: 34



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 1 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

Telefone: (95) 99132-2539 (Celular)

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição Veículo Palio	CPF/CNPJ do Proprietário 149.921.322-00
Placa JXS0327	Renavam 00893762423
Número do Motor 178F1011*7151143*	Número do Chassi 9BD17164G72809171
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Número da Carroceria 78975315
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/12/2010	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex Bamberg Dourado	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Motocicleta Honda Biz	CPF/CNPJ do Proprietário 104.541.103-59
Placa NAW7019	Renavam 00180574639
Número do Motor JC42E2A116860	Número do Chassi 9C2JC4220AR116860
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 14/12/2009
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivan Lima de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) delegao(a) segundo o ROP 812065, acionados via CIOPS, para atendimento de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local foi constatado os fatos, onde segundo os envolvidos, o item 1 (Ivan) transitava conduzindo seu V1 (Honda Biz) pela rua Expedito Francisco da Silva, sentido bairro/Centro quando fez conversão à esquerda para entrar na rua Marieta de Melo Marques, quando houve a colisão com o item 2 (Alex), que transitava na mesma rua, em sentido contrário Centro/bairro, conduzindo seu V2 (Fiat/Palio). Informo que o item 1 foi atendido por uma equipe do Samu e conduzido em seguida ao pronto socorro estadual com possível fratura, segundo informações repassadas pelos socorristas. Informo ainda que compareceu ao local o perito Cleydson, que fez o levantamento pericial e liberou o local em seguida. Informo ainda que em seguida, ambos os veículos foram autuados por estarem com documentações em atraso (SE00303327 e SE00303303), segundo o item 1, autuado por não possuir CNH (SE 00303238), e o item 2 autuado por estar com sua CNH vencida, há mais de 30 dias (SE 00303328), informo ainda que por não haver guincho disponível, o V2 foi



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

liberado a um condutor habilitado, sendo o item 2 devidamente orientado e liberado no local, ja o V 1 foi recolhido ao pátio do Detran na carroceria da viatura policial, por não haver nenhum responsável/parente do item 1 no local para ficar com a sua motoneta, conforme DRR (D153030910). Informo ainda que não foi possível fazer a apresentação do item 1 (pelo crime de transito previsto no CTB) em virtude do estado de saúde do mesmo, que se encontra em atendimento medico especializado.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva

Agente de Polícia

Matricula 42000144

Responsável pelo Atendimento

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 88175979372 4 - Nome completo da vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: IVAN LIMA DE SOUSA 6 - CPF: 88175979372
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: R. JORGE DIAS CARNEIRO 1084 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: ANTORADA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 69317232
15 - E-mail: LUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00034816
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/10/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200395853

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

Data do Acidente: 09/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVAN LIMA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: IVAN LIMA DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000034816-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 23/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVAN LIMA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000034816-2

Nr. da Autenticação AF93C0BC6C3EB109

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

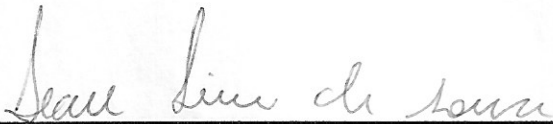
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.


Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

 **CARTÓRIO LOUREIRO** DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[BRHgmwh0]-IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho da verdade Boa Vista, 20/08/2020

Emol 2,56 FUNDEJURR 0,26 FISC 0,13 FECON 0,13 ISS 0,13 Tr Selo 1,50

Selo REC FIR 158345K1NAHMBG2N6RP149 Nº Ticket: 00018

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorn.com.br>

CPF Solicitante: 88175979372

André G. Sabi
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: IVAN LIMA DE SOUSA

CARTEIRA DE TRABALHO: 01943 SÉRIE: 0016 UF: MA CPF: 881.759.793-72

Naturalidade: BARRA DO CORDA/MA Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 1084 - ALVORADA / CEP: 69.317-232

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

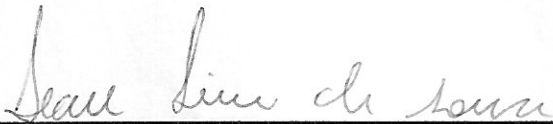
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS; POLICLÍNICA COSME E SILVA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 13 de julho de 2020.


Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
[BRHgmwh0]-IVAN LIMA DE SOUSA

LS Em testemunho da verdade Boa Vista, 20/08/2020

Emol 2,56, FUNDEJURR 0,26, FISC 0,13, FECON 0,13, SS 0,13, Tr Selo 1,50

Selo REC FIR 158345K1NAHMBG2N6RP149 Nº Ticket: 00018

Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorn.com.br>

CPF Solicitante: 88175979372

André G. Sabi
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

CPF: 881.759.793-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN LIMA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200395853 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 09/04/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE (PLACA + PARAFUSOS) (P.5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314350/20

Vítima: IVAN LIMA DE SOUSA

CPF: 881.759.793-72

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVAN LIMA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

IVAN LIMA DE SOUSA : 881.759.793-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2020
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número

01943

Série

0012 MA



João Lima de Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

João Lima de Sousa

Loc. Nasc.

B. Pinda Maranhão

Est.

Data

11.11.57

Filiação

Paulino de Sousa

Doc. n.º

6555P/MR-35196895-5 rec. 27.08.95

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. n.º

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

09.03.99

DRT

Bianca de Paula

Darcia Cavallari de Oliveira
Aux. Soter CTPS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOÃO LIMA DE SOUSA

Rg de identidade

881788783-72

