

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:
2964763220210129165420

Processo 0800691-03.2021.8.23.0010 ☆ - (16 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

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08006910320218230010

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 **DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA**, 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 **27/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/02/2020**.

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.

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.

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;

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)

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

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.

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.”

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

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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ,

⁷ art.

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, 27 de janeiro de 2021.

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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08006910320218230010.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2021.



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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013774634806

VIA 01 COD. RENAVAM 00499830849 ENTRADA 2018 EXERCÍCIO 2018

NOME
DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

PLACA ANT./UF 302JC4820DR021853 CHASSI

ESPEC. E TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

CAP./POT./CIL. 2P/0124CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENG. COTA ÚNICA	VENG. COTAS
	PAGO	*PAGO*	1º *****
	FADA L.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2º *****
	** PAGO COTA ÚNICA **		3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.7 IOF (R\$) R\$1.55 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$2.25 DATA DE PAGAMENTO 22/01/2018

SEM RESERVA PROIB SAIR DA A
MAZ OCID

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 31/10/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU NAO, SEGURO DPVAT

RR Nº 013774634806 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

VIA 01 CPF/CNPJ 005.210.182-77 PLACA NUI5499

RENAVAM 00499830849 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2012 CAT. 9 9C2JC4820DR021853

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$81.29	DETRAN (R\$) R\$9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33
--------------------	----------------------	--------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	IOF (R\$) R\$0.7	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$185.5
--------------------------------	------------------	--

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

01377463
75036688

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Damores Meneses Vieira Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira
PROFISSÃO: autônoma RG: 3616916
CPF: 005.210.182-77 ENDEREÇO: R. Antônio Loureiro da S
BAIRRO: Santa Luzia CIDADE: Baalista
CEP: 69.317-176

VÍTIMA: Damores Meneses Vieira Silva
CPF: 005.210.182-77 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 Laura Moreira

PODERES:

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

Baalista-RR, 19 de Agosto de 2020

y Damores Meneses Vieira Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245264/20

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

CPF: 005.210.182-77

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 27/02/2020

Titular do CPF: DAMARIS MENESES
VIEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA : 005.210.182-77

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: 31/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200312134

Vítima: DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Data do Acidente: 27/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Unidade Médica

2001224880 27/02/2020 14:24:58 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 23

Paciente: DAMARIS MENESES DA SILVA
Data Nascimento: 27/05/1990 Idade: 29 A 9 M 0 D CNS: 708907710101315 CPF: 00521018277 Prontuário: 00153950
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP-RR Data Emissão: 31/05/2007 Sexo: F Estado Civil: PARDADA Raça/Cor: TUNTUM - MA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: JOSILDA MENESES DA SILVA Pai: CICERO PEREIRA DA SILVA Contato: (95) 99126-1863 Ocupação:
Endereço: RUA - ANTONIO COUTRIM DA SILVA - 1745 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N.º 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: ANTONIA.SOARES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febri ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
Acidente automobilístico

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h): Paciente refere acidente automobilístico moto x moto referido por 9/10 no MSE. Naq TCE, vômitos.

Exame Físico: A=V. as arúreas púrias, um colar cervical D=pupilas isocóricas ECG: 15 E=escuras em MMII e MSE.
B= eupneica em ar ambiente
C= sem sinais de sangramento

Hipótese Diagnóstica: T. de trauma

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

PRESCRIÇÃO: 1) Dipirona 2g EV q 6h 2) Tilatil 40mg EV q 6h 3) Analg. 1ml IV q 6h 4) Sifon 250ml IV q 6h 5) Transderm IV
APRAZAMENTO: 16:35 16:45 17:25
OBSERVAÇÃO: 16:35 PA: 113/84 FC: 72
Carlos Alberto Jr. Médico CRM-RR 2000

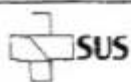
Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: ortopedia ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta: 16:45

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: Lourenço Junior Médico CRM-RR 1882



BLOCO A


 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FX exposto autônomo (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Exame pr + H+

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

 HOSPITAL GERAL DE ARAUJO
 Av. Brg. Eduardo Gomes, S/Nº
 Novo Planalto - Tel. (011) 333-0620
 AUTORIZAÇÃO

 1 AGO 2020
 Chefe
 Centro e Dr. Figueira e Assessor
 que foi apresentado neste hospital

FX exposto autônomo (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor Paracut

27/02/20

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO34 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO35 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

27/7/20

 0408020431
 5527

2499

989



BOLETIM OPERATÓRIO

Amaris M. V. S. e

Data: 27/02/12

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx exposta antebraço (F)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: artroscopia Fx de antebraço (C) (ulna)
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Regei
2º AUXILIAR: Moray A. R2 INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Pct DOH + anest.
2. Anest. + Antebr. + Antebr. st.
3. Incisão longitudinal na região post. do antebraço (C) + limpeza por plasma de baixa pressão + redução crânio + controle hemorrágico + plasma de baixa pressão + controle hemorrágico
4. LMC + Antebr. + anest.

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1535
RQE 610





Danone menes Victor Slav 29a 22/02/2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*Naga Olayia
Naga HFP

AGENTES		N 20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
		02																			
LÍQUIDOS VENOSOS		A 100		500		500		500		500		500		500		500		500		500	
DA		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
X		30		200		200		200		200		200		200		200		200		200	
ULSO		30		200		200		200		200		200		200		200		200		200	
AVES		34		180		180		180		180		180		180		180		180		180	
X		32		160		160		160		160		160		160		160		160		160	
OP		30		140		140		140		140		140		140		140		140		140	
O		30		140		140		140		140		140		140		140		140		140	
TESP		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
ASPIR.		80		80		80		80		80		80		80		80		80		80	
A		80		80		80		80		80		80		80		80		80		80	
RESP		40		40		40		40		40		40		40		40		40		40	
O		20		20		20		20		20		20		20		20		20		20	
Export																					
Atat																					
Contro																					
SÍMBOLOS																					
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES															
A Fentanil		100µg		BPD GUIRRA PDA		ANOTAÇÕES															
B Fentanyl		500µg		USAR SUPLEMENTAÇÃO		MONITOR. SpO2, PL, PAN2, etc.															
C Midazolam		500µg		ANOTAÇÕES		① AUF / Vmax 20															
D LORAZOLAM		100µg		VENTILANDO EXPONTANEO		② Sedação fentanil 100µg															
E				C/O SUPLEMENTAÇÃO		③ Sedação fentanil 100µg															
F																					
G																					
GLICOSE		LÍQUIDOS		Cânula - Nasal / Oro Faríngea		④ DPF SUPPLA-FLUO 100µg															
NOC				Nasal / Orofaríngea - Cega		- 100µg 300µg															
SANGUE				Bil - Teno - Calibre do Tubo		Diluir FLUO 100µg															
		500µg 1000µg		Sem Máscara		- 100µg 200µg															
				Dificuldade Técnica																	
TOTAL		100µg		TEMPO DE ANESTESIA																	
OPERAÇÃO		Osteossíntese de Fratura de				Larango - Espasmo - Excesso Seco															
						Dysrritmia Respiratória - Hipoxia															
						"Bucking" - Vômito															
ANESTESIA		CÓDIGO		CIRURGO		PERDA SANGÜÍNEA															
De Ana Paula				De Vitor P.																	

⑥ Difference in

Bruno Thiago O. C. Silva
MÉDICO
CRM-PR 1025

Nome: Damianus Muniz Vieira Silva

Data de Nasc: 27/05/1990 Idade: 29 Setor/Leito: GT N°: 2001224995

Data: 27/02/2020

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não Gravidez 20:34w

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Tratamento cirúrgico de fratura exposta antebraço

1. Informações: antebraço

Jejum () Sim () Não

Prétese () Sim () Não

Exames () Sim () Não

Reserva UTI () Sim () Não

Lateralidade () Sim () Não

PNE () Sim () Não

Alergia () Sim () Não

Qual: Reserva de Hemoderivado:

() Sim () Não

Outros: Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:

() Desambulando

() Com Suporte de O2

() TOT

() Agitado

3. Sinais Vitais:

T 36 °C

R 86 rpm

FC 86 bpm

PA 124 x 54 mmHg

SAT 99 %

() Regular () Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

Ver do achado admitti

paciente na Art. 1

procedimento do 67 para

tratamento cirúrgico

de fratura exposta

de antebraço (E). Neg 13

comertridader e alonga

medi comeniora. Relat

ta perfum Superior a

8 horas na 12:00

En: Enfermeira

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala: 20:20w

Início da Anestesia: 20:30w

Início da Cirurgia: 20:40w

Término da Cirurgia: 22:30

Término da Anestesia: —

Cirurgia Realizada: BPB

Anestesia: D. Dorsal

Posicionamento: D. Dorsal

Hidratação Infundida: Antibiótico terapia

SF 0,9%: 1000

SG 5%: 30g

Outros: Nome: capta a vena

Dose: 30g

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

CH: CH:

Plasma: Plasma:

Plaquetas: Plaquetas:

SRPA

Anestesia: B.P.B.

Cirurgia: Ortomania de ulna

Localização: Ortomania de ulna

1. Sonda: 1

2. Curativo: 2

3. Dreno: 3

4. Acesso venoso: 4

5. Outros: 5

Horário: 0'

15'

30'

45'

1h

01:30h

2h

Observações: Observações:

FC: 75

PA: 124 x 78

TE: 9

SPO2: 99

FC: 72

PA: 124 x 71

TE: 9

SPO2: 99

FC: 88

PA: 152 x 69

TE: 9

SPO2: 99

FC: 79

PA: 148 x 66

TE: 9

SPO2: 99

FC: 75

PA: 124 x 78

TE: 9

SPO2: 99

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada: Entrada

Saída: Saída

Medicação: Medicação

CH: CH

SNG/Volume: SNG/Volume

Dreno/Qual: Dreno/Qual

SVD/Aspecto: SVD/Aspecto

Hora: Hora

FC: FC

PA: PA

TE: TE

SPO2: SPO2

FC: FC

PA: PA

TE: TE

SPO2: SPO2

FC: FC

PA: PA

TE: TE

SPO2: SPO2

FC: FC

PA: PA

TE: TE

SPO2: SPO2

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Admitida na SRPA em POI de estomântico de ulna

por efeito de B.P.B. Orelhada e esolobrativa. Man

trando HVP em MSD + curativo selado em MSE. Proc.

diminuir sem intercorrências segue por 36h nos

curativos da equipe. Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Damaris Muniz Vieira Silva
Responsável Cirurgião Dr. Vitor Araújo
Raz. maney

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: Negativa

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 12 ml/h

Assinatura

Data 27/01/20 Hora: 20:30h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr.º Arnaldo / Razu Bruno

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 sanguínea 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.

Calxay de Urinária sem intragastron fixa
A PERFILAXIA 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 DESTA PACIENTE
(☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
ANA ESTANISLAU

Bl A

102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Damaris M. V. Silva				
AGNOSTIC	POS-OP F+ (E)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	27/02/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				24 06 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				29 08 16
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				29 06 12 18
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				28 10
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	100 + 60	70	36

06 110 + 70 70 36

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	27/02/2020	DN	
PACIENTE	DAMARIS MENESES VIEIRA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO				
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO	102-2	DATA	28/02/2020		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				3h
3	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				10h 20
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12h 18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12h 18
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12h 18
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				12h 18
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12h 18
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h 18
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h 18
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
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 ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM USO DE CURATIVO EM
ANTEBRAÇO ESQUERDO. CIRURGIA REALIZADA DIA 27/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	TT	
12 H	130/87	67		36,6°C	
18 H	118/70	65		36,0°C	
24 H	128/81	59		36,3°C	

6h 128/85 62 36,6°C
Tou de A 12h 130/87 67 36,6°C
DM -> CPM
Unidades gerais feitas
Sem Queixas
12/2/2020
13/2/2020



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Domônio Mendes Vieira 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27.2.20 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur

NO DIA 27.2.20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fratura de fêmur SENDO
OPERADO PELO DR. Vitor Pereira E DR. Augusto Cavalcanti

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29.2.20 ÀS 10 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1.3.20 ÀS 1 hora COM O
DR. Vitor Pereira

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

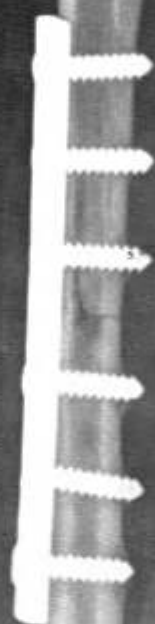
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Instituído em 1994

BOA VISTA 29.2.20

MÉDICO

E



DAMARIS MENESES DA SILVA

3066

HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro

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:

005.210.189-77

4 - Nome completo da vítima:

Wameres Memes Vieira Silva

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

5 - Nome completo:

Wameres Memes Vieira Silva

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Antônio Patrício da S

6 - CPF:

005.210.189-77

11 - Bairro:

Santa Luzia

12 - Cidade:

Brasília

15 - E-mail:

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

69.312-176

10 - Complemento:

16 - Tel. (DDD):

9913-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

000324857

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascido (val nascer)?
31 - Vítima teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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: Brasília DF 25 de Agosto de 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
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 10:49

Data/Hora Fim: 28/02/2020 10:49

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/02/2020 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Santa Luzia

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DÂMARIS MENESES VIEIRA SILVA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 27/05/1990

Idade: 29 anos

Naturalidade: MA - Tuntum

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Josilda Meneses da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 361691-6

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua antonio coutrim da silva

Nº: 1745

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99130-5329 (Celular)

Nome Civil: JHONATAN VIEIRA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 04/10/1989

Idade: 30 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Auxiliar de Cartório

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Raimunda Arleide Vieira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3165299

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av. solon rodrigues pessoa com rua Antonio coutrim da silva

Bairro: Santa Luzia

Telefone: (95) 99126-1863 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008845/2020-A01

Grupo Veículo

Descrição HONDA/BIS 125

Placa NUI5499

Número do Motor JC48E2D021853

Ano/Modelo Fabricação 2013/2012

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 005.210.182-77

Renavam 00499930849

Número do Chassi 9C2JC4820DR021853

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 30/10/2018

Nome Envolvido

Dâmaris Meneses Vieira Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: a vítima acima qualificada é sua esposa; Que a mesma pilotava a motocicleta acima descrita; Que a vítima transitava pela rua Antônio Coutrim da Silva, quando ao cruzar pela Avenida Solon Rodrigues Pessoa, não visualizou outra motocicleta Honda/Titan-Preta, placa NAT2719; Que esta transitava pela via preferencial; Que houve a colisão entre os envolvidos; Que a vítima foi encaminhada pelo SAMU ao pronto socorro estadual HGR; Que segundo o comunicante a vítima fraturou o braço esquerdo e ficou lesionada em parte do corpo. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS

Washington Bairo da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000335

Responsável pelo Atendimento

Jhonatan Vieira Silva

(Comunicante)

"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-Denúncia 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:

005.210.189-77

4 - Nome completo da vítima:

Wameres Memes Vieira Silva

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

5 - Nome completo:

Wameres Memes Vieira Silva

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

R. Antônio Patrício da S

6 - CPF:

005.210.189-77

11 - Bairro:

Santa Luzia

12 - Cidade:

Brasília

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

69.312-176

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9113-3855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

000324857

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (nôrão) ☐ Divorçado ☐ Casado (nôrão) ☐ Viúvo ☐ Casado (nôrão) ☐ Viúvo

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 (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

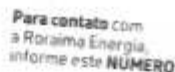
40 - Local e Data:

Brasília DF 25 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



FORADMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Enio Garcia, 971 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5543363 FCAM®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

0076880-4

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2020	16/08/2020	299	278,62

MARIA RITA BATISTA DE SOUZA
CPF: 00048758922224

MARIA RITA BATISTA
CPF: 00048758922334
R. ALVES

R. ANTONIO COUTRIM DA SILVA 1745 - SANTA LUZIA
CEP: 69.317-176 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	10/07/2020	Anterior:	09/06/2020
Emissão:	09/07/2020	Próxima leitura:	10/08/2020
		Apresentação:	10/07/2020
		Dias de consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	RIF	TDB1913050	NORMAL	CONVEN

DADOS DA LETTURA (kWh)

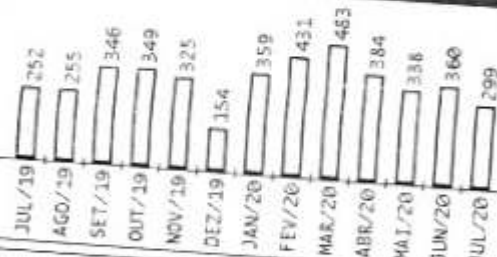
DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	2803							
Leit. Anterior	2509							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medida	299							
Faturado:	299							

DESCRÇÃO DA CONTA

CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
CORRECAO MONETARIA DA	299 a R\$ 0,755234 =	225,81
CORRECAO MONETARIA IG	03/20-00	0,01
MULTA POR ATRASO DE I	03/20-00	7,22
JUROS DE MORA POR ATR	03/20-00	2,27
MULTA POR ATRASO	03/20-00	0,69
JUROS DE MORA DE IMPO	03/20-00	7,43
ILUMINACAO PUBLICA		10,22
		24,92

**OUTRAS
FORMAÇÕES**

INVESTOR SERVICE: 1-800-855-0000

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO

**MENSAGENS
IMPORTANTES**

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora pública a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25.01.2020, em função das contas pendentes nesta rede. O rescaldo devido poderá também ser incluído no valor do consumo de 2020. Informamos ainda que a tarifa de energia elétrica é a mais baixa do Brasil, com o valor de R\$ 0,08 por kWh. O valor deste aviso.

Mes. Gr. 19.0
 25. 2022

LIQUE 2887913-12 E FICH. ARCH. VENT. (MEND) 1 2 11 22 21 25

RESERVADO AO FISCO F420.7C24.9994.7CAE.94C4.FB58.DA79.6F55

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	123,60
Distribuição:	54,13
Transmissão:	0,00
Encargos:	7,60
Perdas:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo:	225,81
ALÍQUOTA	VALOR
ICMS: 17,00%	38,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	4,23		

FIC	Mensual	Trimestral	Anual
Límite	8,46	16,92	33,84
Realizado	4,00		

DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,82	Limite	

**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: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

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**

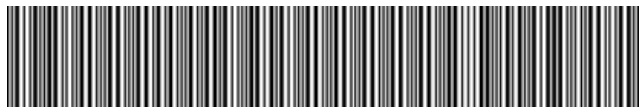
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 William Gonçalves Franco
inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Damores Menezes Vieira S inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Damores Menezes Vieira S

inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.210.182 / 77, 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>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>W.Franco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3835</u>

Local e Data: Boa Vista RR 25 de agosto de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

Perito Papiloscópico do Polícia Civil
Estado de RR

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83