

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:
2974768520210209181039

Processo 0801624-73.2021.8.23.0010 ☆ - (15 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

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08016247320218230010

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 **MICAEL CRUZ SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **18/01/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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 **17/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a 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, 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, 5 de fevereiro 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%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/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 **MICAEL CRUZ SANTOS**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08016247320218230010.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro 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

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193196

Vítima: MICAEL CRUZ SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICAEL CRUZ SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193196

Vítima: MICHAEL CRUZ SANTOS

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHAEL CRUZ SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MICHAEL CRUZ SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 000009625-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.504.722-39 Nome completo da vítima: Micael Cruz Santos

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

Nome completo: Micael Cruz Santos CPF: 066.504.722-39

Profissão: Estudante Endereço: Vicinal 16 Km 18, 6 Rural Número: S/N Complemento: _____

Bairro: Nova colina Cidade: Rorainópolis Estado: RR CEP: 69.373-000

E-mail: slairrr@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 984035060

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4252 CONTA: 00009625 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Boa Vista RR 12/03/2019

Nome: Micael Cruz Santos

CPF: 066.504.722-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 055/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 18/01/2019.

COMUNICANTE: KASCIA CATRINE DA CRUZ SANTOS

RG: 442678-9 SSP/RR CPF: 033.552.152-52 NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

ENDEREÇO: VICINAL 16

CIDADE: NOVA COLINA ESTADO: RORAIMA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR

DATA DE NASCIMENTO: 18/03/1996 IDADE: 22 ANOS GRAU DE INST: ENS. MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: 99131-6416 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: JOSE RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS

NOME DA MÃE: HELENA DA CRUZ SANTOS

O comunicante compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que no dia 17/08/2018, aproximadamente às 18:00h, na Vicinal 16, município de Rorainópolis

Que seu irmão, MICAEL CRUZ SANTOS, trafegava pela Vicinal 16, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, placa JXC-9308, Chassi 9C2JC50VVR198520, de propriedade de HELENA DA CRUZ SANTOS, quando foi colidido por uma outra motocicleta, cujas características e placa não sabe informar. Que devido a colisão, MICAEL caiu e sofreu lesões corporais. Que **NÃO DESEJA** representar criminalmente; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É APENAS PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O REGISTRO.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS.

ERICO WALLACE BESSA ROCHA

Agente de Polícia
Mat: 042000652

Kascia Catrine da C. Santos

KASCIA CATRINE DA CRUZ SANTOS
Comunicante

DAT

9 JAN. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFECIONADO

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

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

12 MAR. 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.504.722-39 Nome completo da vítima: Micael Cruz Santos

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

Nome completo: Micael Cruz Santos CPF: 066.504.722-39

Profissão: Estudante Endereço: Vicinal 16 Km 18, 6 Rural Número: S/N Complemento: _____

Bairro: Nova colina Cidade: Rorainópolis Estado: RR CEP: 69.373-000

E-mail: 3leivrr@hotmail.com Tel. (DDD): (95) 984035060

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4252 ☐ CONTA: 00009625 ☒ 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Boa Vista RR 12/03/2019

Nome: Micael Cruz Santos

CPF: 066.504.722-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

800064318 17/08/2018 20:23:15 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA NOTURNO 19-07 13

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário

MICAEL CRUZ SANTOS

25/07/2001

17 A O M 23 D

898003731491798

Tipo Doc Documento

Árgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

IDENTIDADE

M

PARDA

Mãe

Pai

HELENA DA CRUZ SANTOS

Endereço

Contatos

RUA - VC 16 - ZONA RURAL - RORAINOPOLIS -

Class. de Risco

Plano Convênio

N da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

SUS - SISTEMA NÍCIO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Carate do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedencia

Temp.

Peso

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIMENTO

URGÊNCIA

Setor

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

Registrado por:

DEMANDA ESPONTANEA

ADENILSON.LIMA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Tico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☒ Transferência para: HGR BK

☐ Ambulatório

☐ Observação (Ata 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: 18/08/2018 09:30

Ábito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO

Br. 174 - Km 468

CEP: 69.370-970

Dr. Dimas Weber Zambosky
Médico
Clínico do HRS-008
CRM 1212-RR



1800064318

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: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHAEL CRUZ SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000009625-7

Nr. da Autenticação A6CD1F1AC5A62E72

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.241.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Regime especial de impressão autorizada pelo DETAZ 360/13

4ª da Nota Fiscal

A Tarifa Básica de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	20/12/2018	143	67,24

JOSE RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS
VC 16 KM 18,6 RURAL
CPF: 00036967971204
CEP: 69.373-000 - NOVA COLINA

ROT: 504.083.04.61.024000

CEP: 05.375-000

DADOS DA LEITURA			DATAS DA LEITURA	
	kWh	kVarh	Atual	12/11/2018
Atual	10684		Anterior	11/10/2018
Anterior	10541		Próxima Leitura	12/12/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Emissão	09/11/2018
Consumo Medido:	143		Apresentação	12/11/2018
Consumo Faturado	143	FCAM		

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Ponto	Código Pto
RURAL	MONO	920908063		4.2.2.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/18	138	CONSUMO	143 A R\$ 0,456498 = 65,27
SET/18	114	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,05
AGO/18	144	MULTA POR ATRASO DE I 09/18-00	0,90
JUL/18	128	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00	0,04
JUN/18	127	MULTA POR ATRASO 09/18-00	0,91
MAI/18	113	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,07
ABR/18	130		
MAR/18	123		
FEV/18	129		
JAN/18	149		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 143 - 0,366427			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	AVISO DE DEBITOS VENCIDOS
Mes/Ano Valor R\$	Informamos que os débitos vencidos no valor de R\$ 46,17 (quarenta e seis reais e dez centavos) até esta data. Caso não tenha sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Roraima com o(s) documento(s) de pagamento.
01/2017 46,17	
TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N. 2.479 DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	52,41	Base de Cálculo	65,27
Energia	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	11,09
Encargos	0,00	Valor do PIS	0,31
Taxas	0,00	Valor do COFINS	1,46
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
IND	PIQ	CMO	DIOM
0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00

**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: 2052554

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832, 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 26-NOV-18 a 24-DEC-18
CONSUMO (kWh) 209	VENCIMENTO 11-JAN-19	TOTAL A PAGAR R\$ 212,94

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**

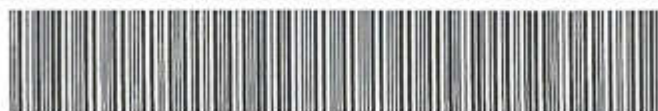
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1089153	MÊS 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 212,94
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000023.129400750003.000000001081.915312180051

**11 MAR. 2019**

15/02/2019 11:25

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Hein Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Micael Cruz Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.504.722 / 39 do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Micael Cruz Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.504.722 / 39, 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 Antonio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Beititis</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>5101RR@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95) 99154-4280</u>

Boa Vista - RR de Março de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



10/11

SIM: O

SINAIS VITAIS

184 Paciente admitido em 1906. Morte em 1917. Nascido em São Paulo, SP.
 S'ebac A curadora da Exposição de 1917. Enfermeira em São Paulo, SP.

Jefferson Davis
TAC. 001 249 1 1
CORENR001 249 1 1

10



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
PRESCRIÇÃO DIÁRIA



F-10

NOME		MICAEL CRUZ SANTOS		LEITO	Bloco F-10	DATA	24/08/2018
1	Dieta Líquida-pastosa VO						
2	AVP + SF 0,9% 500mL EV 8/8h						
D6	Cefalotina 1 g EV 6/6h						
D6	Tenoxicam 20mg EV 12/12h						
5	Dipirona 1g EV 6/6h						
6	Plasil 10mg EV 8/8h SN						
7	Omeprazol 20mg EV ou VO 1x/dia ou Ranitidina 50mg EV 8/8h						
8	Tramal 100mg + S.F 0,9% 100ml EV 8/8h Se dor intensa						
9	Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12%						
10	CCGG+SSVV						
11	Transferir p/ bloco B						
12	Retorno a sala Urologia						
13							
14							
15							
16							

SINAIS VITAIS		Insulina Regular		HORA	DEXTRO	INSULINA
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H		
PA	128 x 64	137/84	120 x 70			
FC	72	52	52			
TEMPERATURA	36,4	36,2	36,1			
FR		18	20			
DIURESE						
EVACUAÇÃO						
CURATIVO						

Insulina Regular
Glicose 50% 40 ml EV
0 UI - SC
02 UI - SC
04 UI - SC
06 UI - SC
08 UI - SC
10 UI - SC
CHAMAR PLANTONISTA

DEXTRO
< 70
< 200
201-250
251-300
301-350
351-400
>400

23/08/18
500
colta

12 MAR. 2019

comunicado
a local 28/08

Superintendente
CORP-RR-122653

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

PEDIDO DE PARECER

PACIENTE: Micael Cruz Santos
DE: BUCOMAXILO

BLOCO: B 218-5
PARA: Cardiologia

Paciente sexo masculino, 17 anos, vítima de acidente motociclístico, internou nesta unidade com diagnóstico de fratura de CZO bilateral. Paciente com cirurgia agendada para sexta-feira, 31/08/18.

Todos os exames necessários no prontuário (ECG, RX de tórax e exames laboratoriais)

Solicito Risco Cirúrgico.

Grato.


Dra. Silvana Silva de Oliveira
Clínica de Traumatologia
Bucodentofacial
PRO-RR-226

Atenciosamente, _____

29/08/2018, Boa Vista - Roraima.

Risco cirúrgico =

Risco como fraturas

do maxilar superior e inferior
sem deslocamento

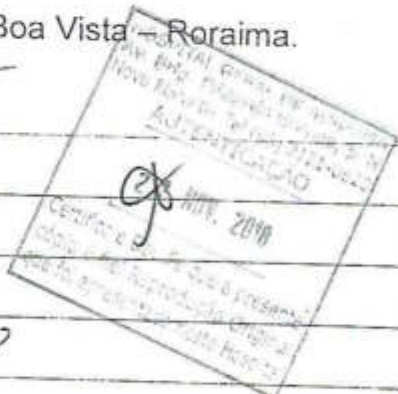
na região

elab. protocolo cirúrgico.

Tratamento com

uso de fio.

Atenciosamente ASD I


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bnd. Fátima, s/nº - Boa Vista - RR
Novo Hospital - Tel. (067) 3333-1111
RJ-2018-11-15-16
Certificado e assinado em 29/08/2018
Assinatura: _____
Assinatura: _____

Data:

Assinatura:

29/08/18

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Michael Cruz Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

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

Dor, edema, equimose periorbital, assimetria facial, desvio dental.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Queixa de AG

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

Exame físico e TC de face

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura bilateral da C20

21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

GMF

26 - CÓDIGO DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

021852316780

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

39 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0404020528
5028

12 MAR 2019

12 MAR 2019 12 9

V199



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Micael Cruz Santos

Data: 14/09/2018 O.S. _____

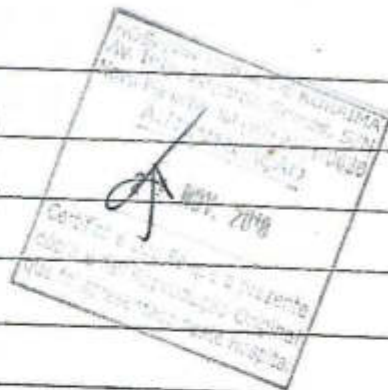
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura bilateral da CZO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Reduções e fixações de fraturas

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirúrgica

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo



CIRURGIÃO: Dr. Daniel Carvalho

1º AUXILIAR: Dr. Dennis Diniz

2º AUXILIAR: Dr. Fabrício Almeida

INSTRUMENTADORA: Sargente

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTAS: Dr. Bruno

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente em DDM sob AS, antebraços mantidos em extensão;
- Fratura extra-oral da mandíbula;
- Fraturas da FCE;
- Infiltração com bupivacaína c/ epinefrina (diluída em S=0,9%);
- Incisões intra-oral (bás direito) e frontozigomáticas (2. direito), dissecções por planos e descolamento superficial;
- Reduções de fraturas utilizando alfinetes/martelo, ganchos e descolador malt. FIR: _____
- Sutura orbital - placa orbital 08 furas c/ 06 parafusos 1.5x mm
- Sutura frontozig. - placa orbital 04 furas c/ 04 parafusos 1.5x mm
- Sutura intra-oral completa em maxila (ponta de sulco, curvando linha média. Sutura por planos, descolamento mucoperiosteal.
- Reduções de fraturas e FIR L. esquerda - placa em Y 05 furas c/ 05 parafusos 2.0
- Sutura por planos. L. direita - placa em L 04 furas c/ 04 parafusos 2.0
- Fechamento de feridas.
- Alta cirúrgica

12 MAR. 2019

Daniel Carvalho
Cir. Buco Máxilo Facial
CRO-RR-223



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA
17 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	
Micael Cruz Santos			17/09	
TIPO		CIRURGIA		
Redução de Fratura bilateral do CZO		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		16:05	18:10	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1ª AUXILIAR	Drº Rodrigo	ANESTESISTA:	Drº Michel	
2ª AUXILIAR	Drº Denis	RES. ANESTESIA:	Dr Bruno	
	Drº Daniel	INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA:	Ceral	CIRCULANTE	Elizangela M	
		Adeilton		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☐	FIO VICRYLNº 5.0
	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 3.0 5
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
☒	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			
	SERINGA 03ML			
	SERINGA 05 ML			
	SERINGA 10ML			
	SERINGA 20ML			
☒	Elétricos			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Rebeca	SUB-		
	Leuciano	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
	Elizangela M			
	Adeilton			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

NAME: Michael Scott

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Usa	Idade	Sexo	Prof. Cir.	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Localização	Anestesia	SRPA
17	17	M	Dr. B	15:45	16:05	15:50	18:10		Genal	Genal	010
Indicação: <u>Redução de fratura</u> Diagnóstico: <u>Fratura de C70</u> Exames: <u>RA, TAC, Ressonância</u>				Hidratação: <u>Infusão</u> Antibiótico: <u>Penicilina</u> Terapia: <u>Genal</u>				Localização: <u>Genal</u>			
Exames na S.O.: <u>() HT () HT () HT () Reto X</u>				Exames na S.O.: <u>() HT () HT () HT () Reto X</u>				Exames na S.O.: <u>() HT () HT () HT () Reto X</u>			
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendocilse 8. Dreno 9. SNG 10. Fala de Smarch 11. Outros:				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendocilse 8. Dreno 9. SNG 10. Fala de Smarch 11. Outros:				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendocilse 8. Dreno 9. SNG 10. Fala de Smarch 11. Outros:			

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Wesley Cruz Santos
 Especialidade: Cirurgião Daniel Pacheco

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificação de
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
 Consentimento () Sim () Não

☒ O CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica

☒ TIO DEMONSTRADO
☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 INCLUI:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
 MONITORAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: Negativa

A ÁEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponível

☒ Sim, e equipamento/assistência disponível

☒ CO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim, e meio endovenoso adequado para planejamento
 de fluidos

Wesley Cruz Santos

Assinatura

Hora: 15:50

17/09/18

ANTES DA INCISÃO

Anestesista

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.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

☒ Sim,

Qual:

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

Assinatura e Carimbo

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

Wesley Cruz Santos

12 MAR. 2019

UNIDADE / SETOR: **QUARTO** LEITO: **218-5** Nº DE REGISTRO: **218-5**

NOME DO PACIENTE: **Licod Cuy Sante**

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
22/09/18	1) Dado líquido. Quedo bem. Standard	SND	
	2) 500 mg. 8h. 8h. 8h.	13-14-15-16-17-18	24h. 4A: 148/92
	3) Coloproct. 1g. 6h. 6h.	16-17-18	4: 93
	4) Dexametasona 4mg. 8h.	16-17-18	5: 36,7°C
	5) Fenoxsacem 20mg. 12h.	17-18	Antônio Rodrigues Médico em Exercício CRESS 0104.170-12
	6) Dexametasona 1g. 6h. 6h.	17-18	
	7) 500 mg. 8h.	17-18	06h. 128/85
	8) 200 mg. 20h. 8h. 1x dia	17-18	7: 81
	9) Coloproct. Standard 20	17-18	5: 36,5°C
	10) Ondansetrona 4mg. 8h.	17-18	
	11) Ondansetrona 2x ao dia	17-18	
	12) CC 66 + SSU.	17-18	Antônio Rodrigues Médico em Exercício CRESS 0104.170-12

[Handwritten signature]

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

MICALL CRUZ SANTOS

Bloco B 213-5

DATA 17/09/2018

HD

FRATURA BILATERAL DE CZO

Anotações da Enfermagem

12h: Verificados SSVV e
medicação AVP em M3Q,
com G.N. 20.

18:00hs. Pcte. em
Centro cirúrgico

Maria Cecília Figueira
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

1 Dieta Zero

2 AVP

3 Dipirona 1g EV 6/6h SN

4 Plasil 10mg EV 8/8h SN

5 Omeprazol 20mg EV ou VO 1x/dia ou Ranitidina 50mg EV 8/8h SN

6 Tramal 100mg + S.F 0,9% 100ml EV 8/8h (Se dor intensa)

7 Higiene oral com digluconato de clorexidina 0,12% 3x/dia

8 CCGG+SSVV

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

ALTA HOSPITALAR

Bruno Araújo da Silva
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	14H	18H	24H	06H	DEXTRO	Insulina Regular	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	124x70				< 70	Glicose 50% 40 ml EV			
FC	64				< 200	0 UI - SC			
TEMPERATURA	36,6°C				201-250	02 UI - SC			
FR					251-300	04 UI - SC			
DIURESE					301-350	06 UI - SC			
EVACUAÇÃO					351-400	08 UI - SC			
CURATIVO					>400	10 UI - SC			
						CHAMAR PLANTONISTA			

12 MAR. 2019



Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - CTBMF
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

Nome: *Michael Cruz Santos*

Data da internação:

Data da alta: *10/09/18*

Profissionais: *Cirurgia Bucomaxilofacial*

DIAGNÓSTICO

Fratura de CZO Bilateral

TRATAMENTO

Redução e fixação de fratura de CZO

EVOLUÇÃO

Paciente pós-op, está bem, sem queixas algas, normoventilado, respondendo bem ao pós-operatório, sem intercorrências. Realizada alta sob prescrição medicamentosa com orientação de retorno no UCA com Dr. Amil Carvalho.

ORIENTAÇÕES

1. Retornar ao pronto socorro se intercorrências.
2. Alimentação: líquida-pastosa, fria ou gelada por 48 h.
3. Evitar: exposição ao sol, alimentos quentes e duros e esforços físicos, pelo menos até o retorno.
4. Repouso: Cabeça em plano mais elevado que o resto do corpo por 48 h.
5. Higiene oral: Escovação normal dos dentes e língua, evitando as áreas da cirurgia, fazer bochechos leves 03 vezes ao dia com anti-séptico bucal indicado, iniciando somente 48 h após a cirurgia.
6. Retirar pontos com 10 dias no posto de saúde.

Dr. Amil Carvalho da Silva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RR 717

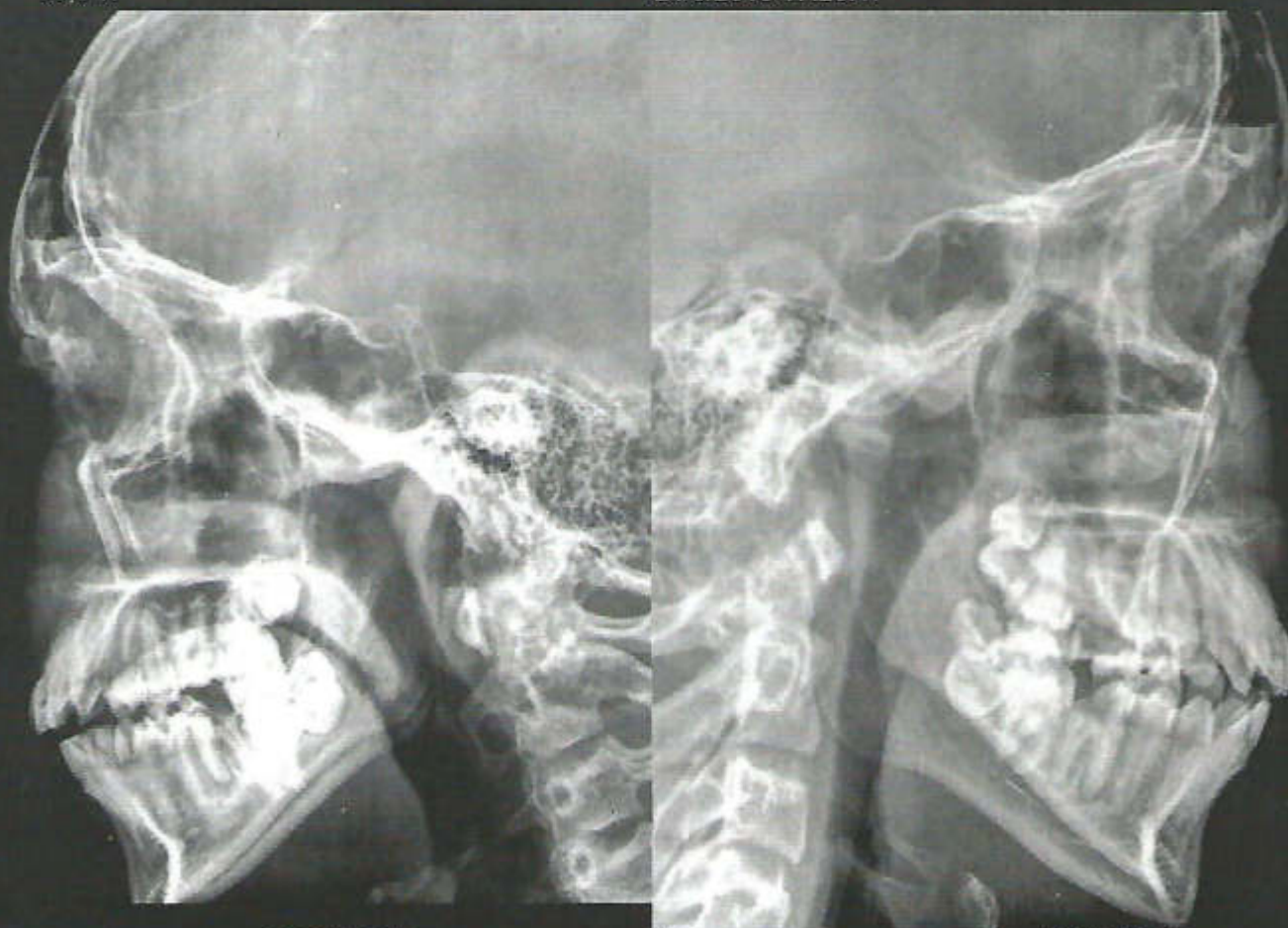
Ass. Cirurgião (CRO)

12 MAR. 2019



55,9 %

24/8/2018 17:28:47



E

D

55,9 %

24/8/2018 17:28:47

55,9 %

24/8/2018 17:28:47

, MICHAEL CRUZ SANTOS

BLOC. F 10

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO:

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que a Sr(a).: **MIKAEL CRUZ SANTOS** deu entrada no **PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELEBÃO (GRANDE TRAUMA)** no dia 18/08/2018, às **13:00horas e 38 min.**, por atendimento de **URGÊNCIA. MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO.** Recebeu os cuidados da equipe de plantão, conforme o Registro de Atendimento nº **1800997128.**

Esclarecemos que houve erro de digitação na inclusão dos dados da paciente, retifico o nome. Onde se lê na ficha de atendimento **MACIEL CRUZ SANTOS**, Leia-se **MIKAEL CRUZ SANTOS.**



Boa Vista-RR 28 de novembro de 2018.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Foto do titular

Polegar Direito

Micael Cruz Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

539142-3

DATA DE EMISSÃO 29/11/2017

NOME MICHAEL CRUZ SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ RIBAMAR CAETANO DOS SANTOS
HELENA DA CRUZ SANTOS

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 25/07/2001

DO G. ORTULUM

CERTD NASC 10063 FLS 96 LIV A-20

SÃO LUIZ-RR

CPF

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Fornecido e registrado no Palácio Civil
Diretor do CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

PS

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
066.504.722-39

Nome
MICAEL CRUZ SANTOS

Nascimento
25/07/2001

CÓDIGO DE CONTROLE
1D63.3035.7FEA.7BE2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:28:11 do dia 15/12/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

12 MAR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ILOIR INACIO DE SOUZA	
	DOC. IDENTIDADE / RG (BRASO) / UF 114807 SSP RR
	CPF 383.051.512-04
	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
	FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA
INSCRIÇÃO 980151096	PERMISSÃO 01101912304
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	ACC CATAB AB
Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 20/01/2020
OBSERVAÇÕES	PRADELAÇÃO 15/12/1999
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015
ASSINATURA DO DIRETOR	92485240616 RR207968020
DETRAN - RR - RORAIMA	

11 MAR. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193196 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICAEL CRUZ SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE ZIGOMÁTICO BILATERAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACAS E PARAFUSOS). (PÁG 5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193196 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICAEL CRUZ SANTOS **Data do acidente:** 17/08/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA DE ZIGOMÁTICO BILATERAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACAS E PARAFUSOS). (PÁG 5)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Helena da Cruz Santos
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	200330 SSP-RR
ENDEREÇO:	

OUTORGADO

NOME:	Glair Snacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT..

Boa Vista - RR,

LOCAL E DATA



Helena da Cruz Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

12 MAR. 2019



CARTÓRIO LOUREIRO
DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELADO E REGISTRAÇÃO
AV. VILLA BOY Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3624-6977 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[GHEISan0]-HELENA DA CRUZ SANTOS

IOS. Em testemunho [assinatura] da verdade Boa Vista, 25/09/2018
Impol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345W0V9ET10ROYZ4795
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselerr.com.br>
CPF Solicitante: 51147742200

Marjory C. C. Esbell Brigha
Escritor Autorizada
Cartório Loureiro