

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
3360611020220201182413

Processo 0800461-24.2022.8.23.0010 ☆ - (22 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

Pendências

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 12/01/2022 - Prazo: 25/01/2022 à 14/02/2022 (15 dias):
Cumprir Prazo CONCEDIDO O PEDIDO

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Magistrado

Servidor

Advogado

Membro MP

Defensor

Procurador

Outros

Audiência

Ocultar Movimentos:

Inválidos

Sem Arquivo

Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

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

Descrição:

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	14	01/02/2022 18:24:13	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
14.1	Arquivo: Contestação	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2851566CONTESTACAO01.pdf	Público
14.2	Arquivo: Anexo 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2851566CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
14.3	Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
13	13/01/2022 16:09:34	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 24/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022) e ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
12	13/01/2022 15:11:53	RENÚNCIA DE PRAZO DE INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022)	Wallyson Barbosa Moura Advogado	
11	13/01/2022 15:11:48	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO) em 24/01/2022 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura Advogado	



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

Processo n.º 08004612420228230010

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 **INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO**, 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 **28/12/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/08/2021**.

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

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

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano 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/2015.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 30/08/2021 após 08 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 28/12/2020, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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, CPC.

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, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/12/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

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 STJ.

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 pátrios, 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 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 ação

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar 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 DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 858, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 18 de janeiro de 2022.

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 graduação (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 de 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 **DIEGO PAULI**, inscrito na **858 - 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 **INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08004612420228230010.

Rio de Janeiro, 18 de janeiro de 2022.



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

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 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)

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

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 "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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 3 - CIRURGIA
PG 14 - EVOLUÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210217231

Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Data do Acidente: 28/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000033411-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alexandra dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alexandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2198 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Boa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 06 de Setembro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) INGRIDI ALESSANDRA

43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Goncal

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/08/2021 16:00:19 Data/Hora Fim: 30/08/2021 16:09:07
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central
Data/Hora do Fato Início: 28/12/2020 18:00
Data/Hora do Fato Fim:

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Cambará
Logradouro: Av. General Ataíde Teive
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1195: ACIDENTE DE TRÂNSITO AUTO LESÃO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 11/06/2000	Idade 21
Profissão: Autônomo			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Manaus - AM	
Nome da Mãe: Ingridi Rozangela Silva dos Santos		Nome do Pai: José Ricardo Maciel Brandão	

Documento(s)

RG: 306862-5
CPF: 028.276.502-66

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Vila jardim Nº: 404
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99177-7902 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 586.365.442-20	Placa NAM8565
Renavam 00209422785	Número do Motor KC15E5A095675
Número do Chassi 9C2KC1550AR095675	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 01/07/2021	Situação do Veículo RENAINF - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 30/08/2021 16:09:10

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00035830/2021

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ingridi Alessandra dos Santos Brandao	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Sr.(a) Delegado (a) a comunicante entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP, através do número telefônico: (95) 99177-7902 para relatar o seguinte fato: QUE no dia 28/12/2020, por volta das 18h:00min da noite, a comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA/CG 150 FAN ESI, de placa NAM-8565 em via pública pela Av. General Ataíde Teive, no bairro Cambará/RR/BV; QUE no decorrer dessa avenida, inesperadamente, um carro, fechou a frente da comunicante; QUE a comunicante tentou desviar, porém a motocicleta foi raspando com a lateral do veículo; QUE o lado direito da comunicante foi imprensado e esmagado durante a colisão; QUE no final a comunicante foi arremessada de sua motocicleta; QUE devido a isso a comunicante acabou sofrendo diversas lesões e fraturas por toda extensão do corpo; QUE a comunicante ficou imóvel no local do acidente esperando por socorro; QUE após isso a comunicante foi socorrida por transeuntes que ali estavam; QUE uma médica que estava no local a paisana, foi de encontro a comunicante e realizou os primeiros socorros; QUE essa mesma médica com auxílio de outros transeuntes colocaram a comunicante no veículo da médica; QUE a comunicante foi levada para o Hospital Cosme e Silva e posteriormente para o Hospital Geral de Roraima, onde recebeu o devido tratamento médico (Documentação médica em Anexo).

QUE a comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (30/08/2021) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE a comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para a comunicante que ela poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Hualacy Seelig Soares de Souza
Chefe de Seção
Matrícula 020116604
Responsável pelo Atendimento

Ingridi Alessandra dos Santos Brandao
Vítima, Comunicante

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



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza
Data de Impressão: 30/08/2021 16:09:10

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Documento assinado eletronicamente, via Gov.BR, por **HUALACY SEELIG SOARES DE SOUZA**,
Responsável pelo Atendimento, em 30/08/2021 às 17:09:34, horário de Brasília.

O sigilo deste documento é protegido e controlado pela Lei N° 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.



A autenticidade do documento pode ser conferida no link:

<https://seguranca.sinesp.gov.br/sinesp-assinador/public/verificar.jsf>

Informe o código verificador (MAC): **6F992G5** e o código CRC: **3292465125PP**

Este documento ainda poderá receber assinaturas.

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: 028.276.502-66 4 - Nome completo da vítima: Ingridi Alexandra dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Ingridi Alexandra dos Santos 6 - CPF: 028.276.502-66

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R: José Aleixo 9 - Número: 2198 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Boa Branca 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-272

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3853

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 8526 CONTA: 33411 8
(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
 Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 06 de Setembro 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) INGRIDI ALESSANDRA 43 - Assinatura do Procurador (se houver) William Goncal

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Para consultar com a Roraima Energia, informe este número

0888449-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gonçalves, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.944.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.982.002-0

Nº DA NOTA FISCAL 8217117 FICAM*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 15.438 de 26 de abril de 2002
Regime Especial de Imprescricão autorizado pela SEFAZ RR/13

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2021	11/09/2021	263	160,88

FERNANDO SILVA DOS SANTOS
CPF: 000017827666264
R. JOSE ALFEXO 2145 2 - ASA BRANCA
CEP: 69.114-272 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

Atual: 18/08/2021 Anterior: 19/07/2021 Próxima leitura: 17/09/2021
Emissão: 17/08/2021 Apresentação: 18/08/2021 Dias de consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: 1-4 1.2 Classe/Subclasse: RESID. BX. REND. BIF. Ligação: TDB2041462 Número Medidor: NORHAL Modalidade: CONVENC

DADOS DA LEITURA (KWH)

	KWH TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	KWH T.PONTA	INJETADO T.PONTA	KWH INTERMED.	INJETADO INTERMED.	KWH RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	576							
Leit. Anterior	313							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	263							
Faturado	263							

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$ 0,233216 =	6,99
	70 A R\$ 0,399807 =	27,98
	120 A R\$ 0,599710 =	71,96
	43 A R\$ 0,666349 =	28,65
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA -	39,66	
TOTAL ENCARGOS		29,07
TOTAL DEVOLUÇÃO		3,77-

OUTRAS INFORMAÇÕES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
O valor de consumo informado nesta conta foi calculado com base na leitura realizada em 18/08/2021. O valor de consumo informado nesta conta foi calculado com base na leitura realizada em 18/08/2021.



Média 12 meses: 235

Este consumidor é beneficiário do VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 15/08/2021, não constamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

**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: 7352708

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

LAURA MOREIRA

69318050 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 04/2021	PERÍODO DE CONSUMO 10-MAR-21 a 08-APR-21
CONSUMO (kWh) 559	VENCIMENTO 06-MAY-21	TOTAL A PAGAR R\$ 357,99

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 04/2021	TOTAL A PAGAR R\$ 357,99
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000031.579900750004.000000000703.349404210057



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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 | Canal de Denúncia: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, 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 WILLIAM GONÇALVES FRANCO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ingrid Alexsandra dos Santos Brandão inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.276.502,66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ingrid Alexsandra dos Santos Brandão

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 028.276.502,66 conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

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: RUA CC - 11		Número: 294	Complemento: CASA
Bairro: LAURA MOREIRA	Cidade: BOA VISTA	Estado: RR	CEP: 69.318-050
E-mail: wfranco992@gmail.com		Tel.(DDD): (95) 99113-3855	

Local e Data: Boa Vista RR 30 de Agosto de 2021

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

2001296796 28/12/2020 20:28:45 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 7

Paciente: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO
Data Nascimento: 02/03/1999 Idade: 21 A 9 M 26 D CNS: 898002756029809
CPF: Prontuário
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo: F Estado Civil: NAO Raça/Cor: PARDA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: INGRID ROZANGELA SILVA DOS SANTOS Contato: (95) 99165-2646
Endereço: RUA - VILA JARDIM - 404 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação:

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

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em ME (G) veio encaminhado do Centro Socorro Psorru

Exame Físico: e silvo. R- fratura de fêmur distal (D) A solo de Gesso

Hipótese Diagnóstica:
Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
ROR RR 1715 ROE 614

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 28/12/2020 20:30:07



1120
127804 - Sistema de Informação
11 - 422 - 1121.0

Ata: 31/12/20 Anexo 1

BLOCO A

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 SOLICITANTE: H.G.R.

2 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Israel Alessandrz Dos Santos Brandão

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 185509

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 91810102775610292109

8 - DATA DE NASCIMENTO: 02/02/89

9 - SEXO: Masc. 1 Feme. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Imeneide Resor pelo Filho da Sorte

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: 913 911168 216416

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Vila Veneza 404 cidade Natal RN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bea Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 51000 15 - UF: RN 16 - CEP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente com fratura de fêmur distal aberto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: tratamento longo

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Histórico + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura de fêmur distal (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: tratamento longo de fratura de fêmur distal

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

26 - CLÍNICA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Patrick

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 28/12/20

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Odinachi Okema
Residência Especializada em Ortopedia e Traumatologia
CRM-1864 - RR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

37 - Nº DO BILHETE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

38 - SÉRIE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

39 - CNPJ EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

40 - CNAE DA EMPRESA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

41 - CBO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 28/12/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [assinatura]

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408050604
5424
VN



Ingrid Alessandra
Dos Santos Brandão

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 28/12/20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Terço Distal (D)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Tratamento cirúrgico de fratura de Terço Distal (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: O O

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Patrick 1º AUXILIAR: Dr. Odinachi B

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.D.H., sob anestesia
- (2) Aspsia e Antsepsia
- (3) colocação de campos estériles
- (4) redução imediata + fixação transoscular
com fixador externo
- (5) controle radiológico
- (6) Z.M.C
- (7) curativos
- (8) R.P. &

Patrick Roberto
Ortopedista e Traumatologista
CRM 1851 - RR

Dr. Odinachi Okemiri
Residente Ortopedia
e Traumatologia
CRM 1851 - RR

[Handwritten signature]

Nome: Lucrid Alessandra dos Santos Bandeira

Data: 28/12/2020

Data de Nasc: 02/03/1999 Idade: 21^{os} Setor/leito: SRPA

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

INTRA-OPERATÓRIO

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO:
Cirurgia Proposta: Furacão Intorno
Paciente: Lucrid Alessandra dos Santos Bandeira

1. Informações:
Jejum () Sim (X) Não
Prétese () Sim (X) Não
Exames () Sim () Não
Reserva UTI () Sim () Não
Lateralidade (X) Sim () Não
PNE () Sim (X) Não
Alergia () Sim () Não
Quei:
Reserva de Hemoderivado:
() Sim () Não

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
() Deambulando
(X) Consciente
() Com Suporte de O2
() TOT
() Agitado
3. Sinais Vitais:
T: _____ °C
R: _____ rpm
FC: 74 bpm
PA: 110 x 78 mmHg
SAT: 98 %
4. Anotações (Admissão do Paciente):
Paciente deu entrada de no Centro Cirurgico para procedimento furacão intorno de Lucrid, mãe de Thays comorbidade

Almeida J. G. Oliveira
Enfermeira
CONTRAF: 526.57134

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
<u>22:00</u>	<u>22:15</u>	<u>22:25</u>	<u>23:24</u>	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
<u>Furacão Intorno</u>	<u>Proprio</u>	<u>Decúbito Dorsal</u>
Hidratante Infundida	Antibiótico Terapêutico	Hemoderivados
	<u>Amoxicilina</u>	
SF 0,9%	Nome:	CH:
SG 5%	Dose:	Plasma:
	<u>250</u>	
Outros:	Plaquetas:	Observações:
	<u>200/40</u>	

N° de Compressas oferecidas:	Anatomo Patológico:
	() Não
N° de Compressas recolhidas:	() Sim
	() Cultura
	() Outros:
Exames na SO:	() Ht () Hb () Hemograma () RX
	() Gaseometria () Outros:

Legenda:

- Eletrodos
- Oxímetro
- Manguito PA
- Placa de Bisturi
- Incisão
- Cateter O2
- Vendicise
- Dreno
- SNG/SNE
- Garrote
- TOT (X) Não () Sim N° _____
- SVD (X) Não () Sim N° _____
- Outros: _____

Sinais Vitais: Saída da SO

T: _____ °C R: _____ rpm
PA: 97 x 45 mmHg SAT: 99 %
FC: 91 bpm

Destino: () SRPA () UTI () outros: _____

Anestesia	Cirurgia	Localização	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALORE-TE	DOR 0/10
<u>Proprio</u>	<u>Furacão Intorno</u>	<u>Intorno</u>	<u>0'</u>						
			<u>15'</u>						
			<u>30'</u>						
			<u>45'</u>						
			<u>1h</u>						
			<u>01:30 h</u>						
			<u>2h</u>						

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada			Saída					
Hora	Meio caço	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Admitida no SAEP em POI viação Intorno com furacão
após alta do SAEP retornar ao CC

Almeida J. G. Oliveira
Enfermeira
CONTRAF: 526.57134



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Paulo Roberto dos Santos
Responsável Cirurgião Dr. Paulo Roberto dos Santos

Anestesta Dr. José Carlos Rodrigues

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento Sim Não

RISCO CIRÚRGICO Aplica Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO Sim Não Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA Não Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO Não Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

Não Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 08/12/2013 Assinatura Paulo Roberto dos Santos Hora: 12:32

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

SALIDA (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 SÃO CORREIAS Não se Aplicam Sim Não

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO Não Sim

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

Assinatura e Carimbo
Almeida J.S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526.537 ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE *Ingrid Alessandra dos Santos Brandão*

AGNÓSTICO *O Fratur. De Tornoz. Distal (D)*

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE _____ LEITO _____ DATA *28/12/20*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N <i>08/08H</i>	<i>02-10-18</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>02-08-19 20</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>08/12/20</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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	<i>02 10-18</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>06-12-18, 20</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>Suspenso</i>	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>Retinal</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	<i>Realizar</i>
15	<i>Cloxacilina Augm S.C 1x DIA</i>	15
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente Ortopedia
 e Traumatologia
 CRM 1851 - RR

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,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

destruo 06hs - 152 mg / dl

Cor ADM

PR

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: *José de Alexandre dos Santos*

AGNÓSTICO: *Ex de trauma distal*

ALERGIAS: HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: _____ LEITO: _____ DATA: *29/10/10*

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<i>08</i> 14:20 <i>02</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>08</i> 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>08</i> 06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<i>08</i> 06
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>08</i> (22) (06)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>08</i> 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>08</i> 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<i>08</i> 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	-
13	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
14	CURATIVO DIÁRIO	-
15	<i>Clexane 400mg SC 1x dia</i>	<i>06</i>
16	<i>Diazepam 10mg VO a noite</i>	<i>01/05</i>
17	<i>AO Bloco A</i>	<i>N/A</i>
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:

Dr. Pedro de S. Fonso
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 Clínica 2004

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	TP	ST
12 H	<i>110x60</i>	<i>76</i>	<i>20</i>	<i>36.5</i>	<i>97%</i>
18 H	<i>100x60</i>	<i>92</i>	<i>20</i>	<i>37.3</i>	<i>97%</i>
24 H					

D. F. Vera Lúcia M. Co
 Técnica em enfermagem
 MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dr. Pedro de S. Fonso

06h. 80/60 82 20 36.00



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - SALA DE RCP / GRANDE TRAUMA / HGR

DATA 29 / 12 / 2012

MEDOPACIENTE: Imgrid Almeida dos Santos

SINAIS VITAIS

RA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	HORA	TAX	FC	FR	SpO2	P.A	
08	36.7	75	—	—	100/75	:						:						
						:						:						
						:						:						
						:						:						
						:						:						

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

REALIZAÇÃO DE PR ORO

RA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp	HORA	Resultado	Ins. Regular	Glicose 50%	Ass. Resp
:00					13:00					20:00				
:00					14:00					22:00				
:00					15:00					00:00				
:00					16:00					02:00				
:00					17:00					04:00				
:00					18:00					06:00				
:00					19:00									

Enfermeiro Matutino

Enfermeiro Vespertino

Enfermeiro Vespertino

Inquil

COL ADM

Wm - J - V
OK OUT.
T. bico



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



BLA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Ingrid Alexandrino dos Santos</i>		
AGNÓSTICO <i>OPX Hum distal</i>		
ALERGIAS	HAS	NEGA DM2
IDADE	LEITO	DATA <i>20/12/10</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H	<i>08 14 20 02</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>14 20 06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<i>12 18 24 06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SND
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>ROTINA</i>
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	<i>claxone 1000 1x dia</i>	<i>06 14 20 06</i>
16	<i>Diazepam 10mg VO a noite</i>	<i>06/06</i>
17		
18	<i>AO MODO A //</i>	<i>NIR</i>
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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	TK
12 H	<i>120/80</i>	<i>75,6</i>	<i>20</i>	<i>36,2</i>
18 H	<i>108/74</i>	<i>77</i>	<i>/</i>	<i>36,2</i>
24 H				

Des: 100 50 20 35 70
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

24 90+60 80 36°C
06 90+70 85 36°C

*DBW por no leito, sem
queixas, adm. medicadas
conforme prescrições, segue
aos cuidados da enfermagem
Téc. Sanitária*

Alta

102-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	102-3	DATA	31/12/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU 20mg 02CP 1XDIA				6
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				6 12 18 24
6	TRAMAL 50MG 2 AMP+S SF 0.9% 100 ML EV DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
12	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				16
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
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					
23					

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	103x72	79	—	35°C	
18 H	115x83	86		35,5°C	
24 H					

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
 Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo n.º 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

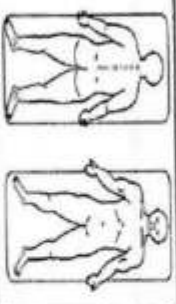
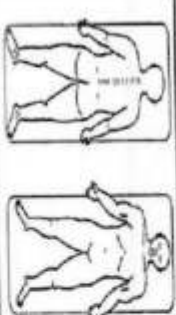
iniquel Alexsmecha

Leito:

102.3

Data:


31/12/2020

Localização		Região: <u>MIO</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	<input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Serosanguineo () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguineo () Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 (<input checked="" type="checkbox"/>) Diário () 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRÉDITO Nº 53603 TE		Rosângela V. Martins Técnica em Enfermagem CRÉDITO Nº 53603 TE	
Observações:	_____ _____ _____ _____			

Idoso em
PET em Leito,
SSUV, medicado
CPM, sem intercorrência,
Segue aos cuidados da
enfermagem

Ana Paula da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN MS 001.350.806

18:00h.

Aferido SSUV, adm. as
med. CPM. 



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0.

RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 31/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRÊS) **SEMANAS, COM O**
DOUTOR DR PATRICK RABELO

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NAO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. **NAO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSARIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NAO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loana Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

102-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: INGRID ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO 21 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/12/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO E NO DIA
28/12/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FIXAÇÃO EXTERNA SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR PATRICK RABELO E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 31/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03(TRES) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR PATRICK RABELO

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1. **NAO** PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES;
2. **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO;
3. **NAO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MEDICA;
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE;
5. **NAO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL;
6. **AGENDAR** CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDENCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

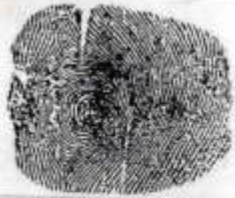
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARRUDA

quinta-feira, 31 de dezembro de 2020

Residente de Loanir Niana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM-RR 2124

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polígono Direto



William Gonçalves Franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
SERIAL

239717

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/10/2016

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURAÇÃO

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federal do Estado de Roraima
Chefe de BIC

2 VIA

p. 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **306862-5**

DATA DE EMISSÃO: **21/07/2021**

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDÃO

RELACÃO: JOSÉ RICARDO MACIEL BRANDÃO

INGRIDI ROZANGELA SILVA DOS SANTOS

MANAUS - AM

CERTD NASC 837 FLS 037 LIV A-164

5º OF MANAUS-AM

DATA DO NASCIMENTO: **11/06/2000**

PIS/PASEP: **AMADEU ROCHA TRIANI**

2ª VIA

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito




Ingridi Alessandra dos Santos Brandão

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Termo de Responsabilidade por envio de documentos digitalizados do DPVAT

Declaro para os devidos fins e efeitos, sob pena de ser responsabilizado civil e criminalmente, que os documentos abaixo relacionados que estou enviando digitalizados do segurado / beneficiário X, portador do RG nº X e CPF nº X, para Gente Seguradora S/A, são cópias fiéis dos originais.

Relação de documentos (Assinale todos apresentados):

<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> Circular SUSEP 445
<input checked="" type="checkbox"/> Documentação médico-hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Documentos de identificação da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência do procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Procuração
<input checked="" type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Despesas Médicas	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Laudo do IML	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/> Outros:

Estou ciente de que deverei apresentar, caso necessário, a documentação original no prazo de 48 horas, a qualquer momento, se assim me for solicitado, estando ciente, ainda, de que poderei responder sobre qualquer omissão ou declaração não verdadeira, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Nome: WILLIAM GONÇALVES FRANCO,		
Data de Nascimento: 09/12/1978,		
RG: 239717 — SSP/RR		
CPF: 825.396.343-20,		
Endereço: RUA CC 11 - Nº 294		
Bairro: LAURA MOREIRA		
Cidade: BOA VISTA	UF: RR	CEP: 69.318-050
E-mail: WFRANCO992@GMAIL.COM		
Telefone: (95) 99113-3855		

Local e data: Boa Vista - RR, 13 DE ABRIL DE 2021.

Assinatura *William Gonçalves Franco*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210217231 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO **Data do acidente:** 28/12/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR DIREITO (PG 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BAM PG 1
PG 3 - CIRURGIA
PG 14 - EVOLUÇÃO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: solteira
PROFISSÃO: Autônoma RG: 306862-5
CPF: 028.276.502-66 ENDEREÇO: Cidade Satélite
BAIRRO: Rua: Vila Jardim CIDADE: Bea Vista
CEP: _____

VÍTIMA: Ingrid Alessandra dos Santos Brandão
CPF: 028.276.502-66 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: () DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: Autônomo
Nº DO RG: 259717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
Nº CPF: 825.396.843-20
ENDEREÇO: Rua CC 55 294 Lajuna morada

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez a 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.

Bea Vista, 30 de Agosto de 2021.

Ingrid Alessandra dos S. Brandão
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167551/21

Vítima: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRA

CPF: 028.276.502-66

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 28/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: INGRIDI ALESSANDRA
DOS SANTOS BRANDAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO : 028.276.502-66

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: 08/09/2021
Nome: INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO
CPF: 028.276.502-66

INGRIDI ALESSANDRA DOS SANTOS BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/09/2021
Nome: MARCELO ALVES DE SOUSA
CPF: 268.887.098-09

MARCELO ALVES DE SOUSA