

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
3355997920220128140609

Processo 0800459-54.2022.8.23.0010 ☆ - (18 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

Citações: Cumprir Prazo Para: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A - Prazo: 25/01/2022 à 14/02/2022 (15 dias):

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:

15 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 15

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/>	15	28/01/2022 14:06:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
15.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2851565CONTESTACAO01.pdf	Público
15.2	Arquivo: Anexo 02	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2851565CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
15.3	Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
14	17/01/2022 15:12:42	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 24/01/2022 referente ao evento de expedição seq. 13.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/>	13	14/01/2022 11:56:17	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis OTONIEL ANDRADE PEREIRA Analista Judiciário
12	12/01/2022 14:39:12	RENÚNCIA DE PRAZO DE HARON DE SOUSA COSTA Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (11/01/2022) LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de HARON DE SOUSA COSTA)	Wallyson Barbosa Moura Advogado
11	12/01/2022 14:39:09	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 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08004595420228230010

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **HARON DE SOUSA COSTA**, 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 **15/08/2020**, restando permanentemente inválida.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Cumprе 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco 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/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 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 REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO acostado que não indica acidente de trânsito.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja intimado o autor para apresentar toda documentação médica, inclusive a que constar que o atendimento se deu em razão de acidente de trânsito, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Sua busca por placa: NAY5516 UF: RR CATEGORIA: 09*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+ 2012	R\$279,27	Quitado	<input type="checkbox"/>
+ 2011	R\$279,27	Quitado	<input type="checkbox"/>
+ 2010	R\$152,74	Quitado	<input type="checkbox"/>

(*) Motocicleta

[Voltar](#)

[Imprimir](#)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 785.618.923-15	Placa NAY5516
Renavam 00215216547	Número do Motor 156FMI281536558
Número do Chassi 93FST12599M005757	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo KASINSKI/SETA 125
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Haron de Sousa Costa	Proprietário

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a

exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^X, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

“Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]”

Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.

Também não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.

1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: “Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização.”

2. Art. 381 do Código Civil: “Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.

3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.

(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco 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 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, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria 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\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco 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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **15/08/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco 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 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 seqüela 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\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO 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 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, 17 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

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 do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ 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 **HARON DE SOUSA COSTA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08004595420228230010.

Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2022.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ 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 HOUEVE 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.

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034642

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 15/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HARON DE SOUSA COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 24 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210034642

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do Acidente: 15/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HARON DE SOUSA COSTA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **HARON DE SOUSA COSTA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000031887-7**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034642

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita e fratura do platô tibial direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com fixação externa por 60 dias, não realizou tratamento fisioterapêutico. Recebeu alta médica em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em membro inferior direito em grau moderado.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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: 017.678.032-73 4 - Nome completo da vítima: Maxon de Sousa Costa

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

5 - Nome completo: Maxon de Sousa Costa 6 - CPF: 017.678.032-73
7 - Profissão: Caumj 8 - Endereço: R. Itatiaia 9 - Número: 135 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Caumj 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.311-034
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 31887
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil: Solteiro Casado (ou CNV) Divorçado Casado com anulação Viúvo Outros

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 (a) (s) (as)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Boa Vista em 28 de Dezembro de 2020
X. Maxon de Sousa Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/08/2020 14:12:57 Data/Hora Fim: 15/08/2020 14:45:57
Origem: Órgão: Polícia Militar Tipo Documento: Relatório de Atendimento Policial Nº do Documento: Rop PM 067921 J Data: 15/08/2020
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/08/2020 12:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Professora Araceli Souto Maior
Logradouro: Rua Estrelinha com Rua Rio Quino
Complemento: Próximo ao DB
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: 2º SGT PM RODRIGO JÚNIOR DA SILVA COELHO MATRICULA: 40.617-1 LOTADO NO 2º BPM
(CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: HARON DE SOUSA COSTA (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 15/03/1993 Idade 27

Profissão: Mecânico

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Irany de Sousa Costa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Italia

Nº: 135

Bairro: Caraná

Nome Civil: SAMUEL RODRIGUES LEMOS (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/08/1978 Idade 41

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: EVANDRA RODRIGUES LEMOS

Nome do Pai: ALTACILIO DIAS DE LEMOS

Documento(s)

RG: 150139

CPF: 657.574.242-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SANTA MARIA

Nº: 219

Complemento: CASA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

Bairro: Centenário

CEP: 69.300-001

Nome Civil: SAMUEL RODRIGUES LEMOS (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 18/08/1978

Idade: 41

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: EVANDRA RODRIGUES LEMOS

Nome do Pai: ALTACILIO DIAS DE LEMOS

Documento(s)

RG: 150139

CPF: 657.574.242-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R SANTA MARIA

Nº: 219

Complemento: CASA

Bairro: Centenário

CEP: 69.300-001

Razão Social: ROP PM 067921 J (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

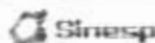
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 785.618.923-15	Placa NAY5516
Renavam 00215216547	Número do Motor 156FMI281536558
Número do Chassi 93FST12599M005757	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor VERMELHA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo KASINSKI/SETA 125
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Haron de Sousa Costa	Proprietário

Grupo Veículo	Subgrupo
Veículo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 892.023.090-00	Placa IDI2391
Renavam 00570700060	Número do Chassi 34403312292025
Ano/Modelo Fabricação 1976/1976	Cor AZUL
UF Veículo RS	Município Veículo Santa Maria
Marca/Modelo M.BENZ/L 1113	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 14/09/2019
Situação do Veículo RENAINF	

Nome Envolvido	Envolvimentos
SAMUEL RODRIGUES LEMOS	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Handwritten signature



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00023729/2020

O Rop Pm informa que a equipe da VTR 006 foi acionada Via CIOPS para averiguar um acidente de trânsito com danos materiais e lesão corporal no Local data e horário supracitado. A guarnição fez contato com SAMUEL que informou que transitava em seu veículo **M.BENZ/L 1113 DE COR AZUL E PLACA IDI 2391** pela Rua Rio Quino sentido Centro bairro e não percebeu o motociclista HARON que trafegava na Rua Estrelinha (via preferencial), momento em que colidiu lateralmente com o condutor da motocicleta **KASINSKI/SETA 125 DE COR VERMELHA E PLACA NAY 5516**. Que o mesmo foi removido pela equipe do SAMU ao HGR para aviação médica com escoriações pelo corpo e uma possível fratura na perna direita (Tíbia e Fíbula) com escoriações pelo corpo e dor na cervical. Informa ainda que não houve perícia no local por causa de violação do local do acidente onde os veículos foram removidos do local do acidente por populares devido a questão de grande aglomeração de pessoas e fluxo de veículos na via para evitar outro acidente. O veículo pertencente a HARON foi liberado para sua genitora que chegou logo depois do acidente. Os respectivos condutores entraram em acordo no local. Segue os números dos autos de infração de trânsito Nº 012090 e 012093 para o condutor HARON, que no momento não foi conduzido para este DP por falta de condições de natureza medica e para o condutor SAMUEL, 012091. É o relato da ocorrência.

ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000814
Responsável pelo Atendimento

Rop PM 067921 J
Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 139-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AUTENTICAÇÃO fotocópia
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, de
.....
Assinatura
.....

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 19 de Dezembro de 2020.
Hualacy Seelig Soares de Souza mat. 002116684
Assinatura

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: 017.678.032-73 4 - Nome completo da vítima: Maxon de Sousa Costa

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

5 - Nome completo: Maxon de Sousa Costa 6 - CPF: 017.678.032-73
7 - Profissão: Caumj 8 - Endereço: R. Itatiaia 9 - Número: 135 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Caumj 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.311-034
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itau
AGÊNCIA: 6953 CONTA: 31887
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sócio Cônjuge (ou CNJ) Divorçado Dependente Outros Vivos Falecidos

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 (a) (s) (as)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Boa Vista em 28 de Dezembro de 2020
X. Maxon de Sousa Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FORA ENERGIAS S.A.
 Av. Capitão Emílio Garcez, 871 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.475/0001-44 | Ins. Estadual: 24.907.022-8
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFAZ RR/17

W DA NOTA FISCAL 5815718 FCAH*
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
 foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2020	06/09/2020	316	302,90

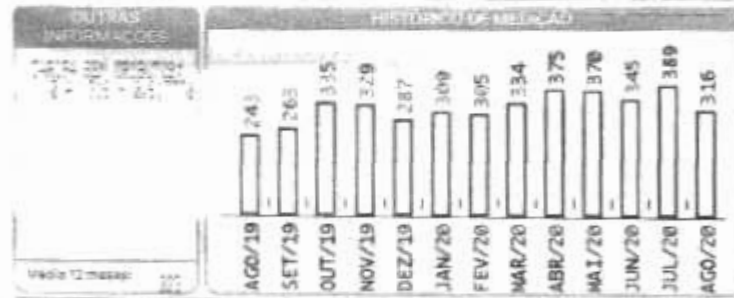
IRANY DE SOUZA COSTA
 CPF: 00038285452204
 R. ITALIA 135 - CAIAME
 CEP: 69.311-084 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA			
Atual:	18/08/2020	Anterior:	20/07/2020
Emissão:	17/08/2020	Próxima leitura:	17/09/2020
		Apresentação:	18/08/2020
		Dias de consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.1	RESIDENCIAL	MCNOF	2706326	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOTIPSA	INJETADO TOTIPSA	kWh FONTE	INJETADO FONTE	kWh INTERMED	INJETADO INTERMED	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	52221							
Leit. Anterior	51905							
Constante	1,000							
Resíduo								
Medido	316							
Faturado	316							

COMPOSIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	316 A R\$ 0,786015 =	248,38
CORRECAO MONETARIA DA 06/20-00		0,06
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		6,72
MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		3,00
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		0,74
MULTA POR ATRASO (2X)		10,88
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		8,20
ILUMINACAO PUBLICA		24,92



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Atenção: Consumidor sujeito ao Serviço de Fornecimento de energia elétrica e serviço de gás em 06/09/2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERVIDOR. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Resíduo maior R\$ 27/2020 304,80

LIGUE 08007619130 E PAGA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 6175.44DA.9B4C.FBB9.76A2.81EF.4665.5140

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		
Energia:		130,62
Distribuição:		57,22
Transmissão:		0,00
Encargos:		7,39
Perdas:		
IMPOSTOS / CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Base de Cálculo:		248,38
ALÍQUOTA	VALOR	
ICMS:	17,00%	42,22
PI:	0,65%	1,62
COFINS:	3,75%	9,31

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DICL	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99
Realizado	0,00		
EIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,92	33,84
Realizado	0,00		
DMIC	Mensal	DICRI	Mensal
Limite	4,99	Limite	
Realizado	0,00	Realizado	
Conjunto:	Mês apuração:	EUSD:	
FLORESTA	06/2020	103,98	

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

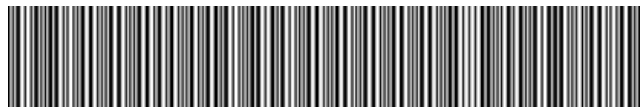
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

83640000052.522500750008.000000000703.349403200059



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 William Gonçalves Franco

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

Harom de Souza Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.678.032 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Harom de Souza Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.678.032 / 73 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>		Número: <u>294</u>	Complemento:
Bairro: <u>Barra Moura</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.318-050</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 28 de Dezembro de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



2001261926 15/08/2020 13:32:37 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 25

Paciente: **HARON DE SOUSA COSTA** Data Nascimento: **15/03/1993** Idade: **27 A 5 M 0 D** CNS: _____ CPF: **01767803273** Prontuário: _____
 Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: **SESP RR** Data Emissão: **12/04/2007** Sexo: **F** Estado Civil: **NAO INFORMADO** Raça/Cor: **PARDA** Naturalidade: **BRASILEIRA**
 Mãe: **IRANY DE SOUSA COSTA** Contato: **(95) 99155-3681**
 Endereço: **RUA - ITALIA - 135 - CAUAME - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

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: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.: _____ Registrado por: **LIDIANE OLIVEIRA**

Queixa Principal: **QDDA NO T**
 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 transitório (moto x carro), envolvido com trauma em torso em parte anterior

Exame Físico: **apresenta ferimento em parte anterior**

Hipótese Diagnóstica: **Hd. Fratura exposta parte anterior?**
ferimento parte anterior

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) ceftriaxona 1g (não tem na farmácia)		
(2) dipirona 500mg	(eu) 19/03	
(3) paracetamol 500mg	(eu) 19/03	
(4) paracetamol 500mg	(eu) 19/03	
(5) Dexametasona 10mg	(eu) 19/03	
(6) Amoxicilina 1g + clavulato 200mg IV		

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: _____
 2001261926





Prontuário 00181070	Data Internação 15.08.24	Data da Saída 21.08.20
Número da AIH: 142010006356.9		
Enfermaria	Leito	

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659	
Nome do Paciente HARON DE SOUSA COSTA			
Cartão do SUS 709009808859419	Data de Nascimento 15/03/1993	SEXO 3 - Feminino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 3590860		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe IRANY DE SOUSA COSTA			
Nome do Responsável HARON DE SOUSA COSTA		Fone p/ Contato (95) 99155-3681	
Endereço RUA - ITALIA		Número 135	Bairro CAUAME
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.311-084

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 2124	Médico Solicitante	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 04.08.05.05.51	Procedimento Principal	Esp
	C. Int 02	CID P 5821
		CID S 6299
		CID CA
		M. Sa 12
Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Óbito

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01		30 01		1205		01	
02	06		141 0		1106		01	
03			14 01					
04			954 0					
05			36 0					
06			31 01					
07			44 0					
08			213 01					
09			16 0					
10			109 01					
11			953 01					
2								

Assinatura

Médico Autorizador PACHECO DE CARVALHO	Data Autorização 15/08/20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898000750181917
Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

RISCO
() Não
() Sim
para flu
Data

119-3

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE **HARON DE SOUSA COSTA**
 DIAGNÓSTICO **FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA MAIS PLATO**
 ALERGIAS NEGA HAS NEGA DM2 NÃO
 IDADE _____ LEITO **119-3** DATA **17/8/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H	12:20 ⁴
4	DÍPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
8	SSVV + CCGG 6/6 H	ROTINA
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM	
14	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12	
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:

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130x90	70		36.6
12 H	135x55	60		36.6
18 H	115x69	70		
24 H	120x80	76		36.6

Loamir Viana
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2124

519-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	HARON DE SOUSA COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA + PLATO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	119-3	DATA	18/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H SN				SN
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
8	TENOXICAN 20 MG EV 12/12H				22
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				6
14	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12				14
15	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
16	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
17					
19					
20					
23	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:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	GLICOSE
6 H	131x40	63		35,8	
12 H	125x76	85	-	36,7E	
18 H	137x70	70		37	
24 H	122x69	70		36,4	

Dr. Bruno Vieira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMER 1251

12h por no leito, refere dor, administrado o item 04
 - P me. segue dos cuidados da enfermagem. Tec. Anestesia

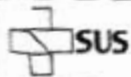
06 Paciente no leito
 feito SSVV + medicação
 CPN. Tec. Anest.

Resumo de evolução
 18/08/2020
 Dr. Bruno Vieira
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMER 1251

BLOCO A

Anexo 1

data: 21/08/2020

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HGA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Honor de Sousa Costa

6 - Nº DO PRONATÁRIO

R81070

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7091010418101818591419

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/03/93

9 - SEXO

Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Franci de Sousa Costa

11 - TELEFONE DE CONTATO

051994515168

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Itaipava 435 Camomil

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

11000

15 - UF

RN

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Por dor trauma em MMII direito com fratura de platô tibial e mais exposta de tibia direita, realizado fracoção externa

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

do osso

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

Exame físico + RT

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr de platô tibial + tibia

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Mar

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/08/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

LOPES
Médico Residência
Ortopedia e Traumatologia
R 2124

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

 CNS CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

15/08/2020

0408050551
5821
1799



[Empty box]

Homon de Sousa Costa

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/03/2020 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de tíbia direita +

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Placa tibial direita

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fixação transostial

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Max

1º AUXILIAR: Dr. Rogério

2º AUXILIAR: Dr. Locomin

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ped im DVH sob a quiroplastia
- 2) A dor + anti-dor + campos estímulos
- 3) CMC exaustivo
- 4) controle radiológico + colocação de fixador transostial (fêmur + perna) e (perna + pl) MII D
- 5) Sutura de fechamento
- 6) co APA

Dr. Dalsos Feltosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1176/ROE 083

Loannir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

27 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rearem de Souza Costa	61		15 10 2010

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Tiracão trans articular Platô Tibial Direito.	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	17:25	18:15	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Reservista	Michel
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Reamir R1	Andressa R2
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		Eli Salva + Graac

TIPO DE ANESTESIA: Raqui

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 20			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		5	SURGICEL eletrodos	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO Catote D2	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº equipe Mark	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE
	Stefanie + Aline
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA

MATERIAL MEDICAMENTOS	
SUB-TOTAL	
TAXA DE SALA	
TAXA DE ANESTESIA	
SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



Hapson de Souza Costa, 27 anos

Boa Vista - RR

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	Nº
17:00 18:00	15.08.2020

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	02	[Grid with handwritten symbols]											
LÍQUIDOS VENOSOS	M	[Handwritten: 500 ml, 500 ml, 500 ml]											
	S												
	D												
	FE												
DA	°C	[Handwritten: 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5, 36.5]											
USO		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
ANES		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
OP		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
TEMP		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
ASPR		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
RESP		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
Elipent		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
Asist		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											
Contro		[Handwritten: 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%]											

SÍMBOLOS	2 3 4 5
----------	---------

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Diprivaclina (P)	20 mg SA	Wagui anestesia lombar	*Check list + monitorização (SpO2 + FC ECG + PAO2) 1) Admissão + Cateterismo da região lombar com acesso a 2º v. + colocação de campo estéril. 2) Fluência lombar L3/L4 com aquela 25 G (Quinel) saída de líquor clar. + ramolento 3) Oximetolona 10 mg O
B		Lipararica simples	
C		com ventilação espontânea	
D			
E			
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Câmbio - Nasal / Oro Farínge	
NOVO		Nasal / Orofarínge - Cega	
SANGUE		Sai - Tampo - Calibre do Tubo	
	50,9% - 1500 ml	Sob Máscara	
		Dificultade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	

Operação: Tratamento cirúrgico de fratura exposta de M.I.D.

ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Michel Moraes		Dr. Rogério da Silva	

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

- 4) Dipirona 2g S
- 5) Fenacetam 4g mg S
- 6) Encaminho paciente SARA

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Hanon de Sousa Costa</i> Leito: <i>U3-3</i>	Data: <i>18/08/2020</i>		

Localização	Região:	Região:
	Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) Região: <i>MT</i>	
Etiologia <input type="checkbox"/> L.P.P I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u> </u> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> L.P.P I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> L.P.P I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Elisabela Carvalho Godado Gerente de Núcleo Tratamentos e Feridas Enfermeira C.R.N. 488.519-ENF Caren. RR	

Elisabela do N. Silva
Enfermeira
Atendimento

Deito 114-3



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE HARON DE SOUSA COSTA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA MAIS PLATO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	119-3	DATA	19/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H				24:08
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN 12
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
8	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				6'
14	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12/12h				10:00
15	clindamicina 600mg EV ou VO de 8/8h				14:00
16	CURATIVO DIARIO				Recurer
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:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	109x68	68		36,2°C	
12 H	142x80	68	-	36,2	-
18 H	123x63	75	-	36,2°C	
24 H	116x56	71		36,9°C	

Med do Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 RORAIMA, 19/08/2020



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Alvares da Sousa Costa.*

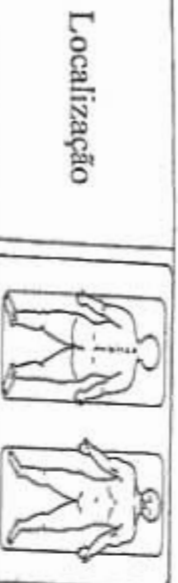
Leito: *119.3*

Data: *16/08/2020*

Versão:08

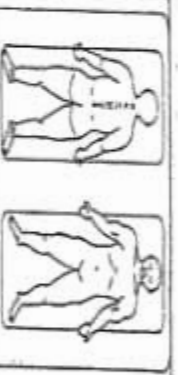
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020



Região: *MTD*

Grau: I () II ()



Região: *MTD*

Grau: I () II ()

Localização

Localização

Etiologia

Etiologia

Aparência do Leito

Aparência do Leito

Ele Perilesional

Ele Perilesional

Quantidade de Exsudato

Quantidade de Exsudato

Solução de Limpeza

Solução de Limpeza

Cobertura primária

Cobertura primária

Troca

Troca

Profissional que realizou procedimento:

Profissional que realizou procedimento:

Berenice Santa Carlos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 387.172

Vanessa da Silva Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 506.622

Elisabela Carrvalho Cotado
Garanta de Nôção
Tratamento e Fácias
Enfermagem
Cordeiro-RR 408.470-ENF

Berenice

Vanessa

() 12/12

() Diário

() 48/48h

() 12/12

() Diário

() 48/48h

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: _____

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: *A e G e*

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor

() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização

() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____

() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____

() L.P.P I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular

() L.P.P I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular

() Trauma: Tração () Fixador Externo () ortopedia

() Trauma: Tração () Fixador Externo () ortopedia

() Outro: _____

() Outro: _____

ATA

114-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	HARON DE SOUSA COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE PERNA DIREITA MAIS PLATO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	119-3	DATA	21/8/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H				12 20 4
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
8	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
11	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				6
14	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12/12h				
15	clindamicina 600mg EV ou VO de 8/8h				08 10 2
16	CURATIVO DIARIO				
17	Ultra				
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				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	176/69	76		36,1	
18 H					
24 H					

Loanir Viana
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2124

obs paciente ATA menor

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polgar Direito



William Gonçalves Franco
SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDEM TODO O TERRITÓRIOM NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPIRAÇÃO 13/10/2014

NOME **WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

CITIZANIA
SANTA INÊS - MA DATA DE ANCIENIDADE 09/12/1978

DOC. ORIGINAL
CERTIDÃO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMABSU ROCHA TRIANI
2 VIA

LEI Nº 7.111 DE 29/08/83

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

207.46136.39-5

4290799 003-0 RR

Haron de Sousa Costa

ASSINATURA E ESTILO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



HARON DE SOUSA COSTA

FILIAÇÃO: IRANY DE SOUSA COSTA
SEXO: MASCULINO
NASCIMENTO: 16/03/1963
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: R.G. 399996-056 SP RR 12.042007
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
CPF: 017.678.032-73
TÍT. ELEITOR:
ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: 8RTT/RR - 28/04/2010

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: PARA
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO: MOTIVO

NOME: DOCUMENTO: MOTIVO

NOME: DOCUMENTO: MOTIVO

NOME: DOCUMENTO: MOTIVO

LEGENDA
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO G - DATA DE NASCIMENTO
B - SUP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - RESCISÃO VIGILÂNCIA

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210034642

Nome do(a) Examinado(a): HARON DE SOUSA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itália, 135, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 3590860

Data e local do acidente: 15/08/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 15/03/2021 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas: latitude: 2.81642 , longitude: -60.67005

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Vítima de colisão moto com caminhão com fratura exposta da tíbia D + fratura do platô tibial direito

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima fez cirurgia com colocação de fixador externo por 60 dias, não fez fisioterapia e alta em novembro de 2020

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Joelho D: alteração anatômica + limitação da amplitude articular + comprometimento da força motora de sustentação + não consegue realizar agachamento Tornozelo D: pseudoartrose + limitação dos movimentos + comprometimento da força motora de sustentação + não consegue realizar agachamento

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que

represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

Membro Inferior Direto - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Vítima não apresentou a ficha de atendimento do SAMU e nem prontuário de atendimento na emergência



Dr. Regina Claudia Rodrigues Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031771/21

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

CPF: 017.678.032-73

CPF de: Próprio

Títular do CPF: HARON DE SOUSA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

HARON DE SOUSA COSTA : 017.678.032-73

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034642

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita e fratura do platô tibial direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 70°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com fixação externa por 60 dias, não realizou tratamento fisioterapêutico. Recebeu alta médica em novembro de 2020.

Sequelas permanentes: Restrição funcional em membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2021

Conduta mantida:

Observações: De acordo com o exame físico do examinador, permaneceu deficiência em membro inferior direito em grau moderado.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034642

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210034642

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: %

Resultados terapêuticos: &

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Haxem de Sousa Costa
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: 359086
CPF: 017.678.032-73 ENDEREÇO: R. Itália, 135
BAIRRO: Parque CIDADE: Bacurita
CEP: 69.311-034

VÍTIMA: Haxem de Sousa Costa
CPF: 017.678.032-73 DATA DO ACIDENTE: 15/08/20
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 23.10.16 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-30
ENDEREÇO: Rua CC 11, 299 Larco, Maricá

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.

Bacurita, PR, 27 de Agosto de 2020

Haxem de Sousa Costa
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031771/21

Vítima: HARON DE SOUSA COSTA

Data do acidente: 15/08/2020

CPF: 017.678.032-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HARON DE SOUSA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

HARON DE SOUSA COSTA : 017.678.032-73

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: 28/01/2021
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2021
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO