

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2339027920190515180059

Processo 0801745-72.2019.8.23.0010 ☆ - (112 dia(s) em tramitação)

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

| Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0) |
|--|-------------------------------|---|--|------------------|--|
| <div>Realces</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div> | | | | | |
| <div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div> | | | | | |
| 48 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 48 | | | 500 por pág. | | 1 |
| Seq. | Data | Evento | | Movimentado Por | |
| <input type="checkbox"/> | 48 | 15/05/2019 18:00:59 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) | | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | 48.1 Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, | 2562914IMPUGNACAOAOAUDOPERICIALJUR01.PDF | Público | |
| | 48.2 Arquivo: Parecer medico | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, | 2562914IMPUGNACAOAOAUDOPERICIALJURAnexo01.PDF | Público | |
| | 48.3 Arquivo: Petição inicial | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, | 2562914IMPUGNACAOAOAUDOPERICIALJURAnexo02.PDF | Público | |
| | 47 | 06/05/2019 14:14:04 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) e ao evento de expedição seq. 45. | | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | 46 | 06/05/2019 13:36:40 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ELIAS RIBEIRO MOURA) em 06/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) e ao evento de expedição seq. 44. | | Thiago Amorim Dos Santos Advogado |
| | 45 | 03/05/2019 16:53:46 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) | | KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário |
| | 44 | 03/05/2019 16:53:46 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ELIAS RIBEIRO MOURA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (03/05/2019) | | KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 43 | 03/05/2019 16:53:36 | JUNTADA DE LAUDO | | KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA COSTA Estagiário |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 42 | 04/04/2019 16:16:40 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (14/03/2019) | | Thiago Amorim Dos Santos Advogado |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 41 | 28/03/2019 12:29:53 | LEITURA DE CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) REALIZADA CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) lido em 20/03/2019 - Referente ao evento de expedição (seq. 33) EXPEDIÇÃO DE CARTA DE INTIMAÇÃO (A.R.) (15/03/2019 15:45:40) | | Clelma Silva Teles Técnico Judiciário |
| | 40 | 26/03/2019 00:06:34 | DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 30) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(15/03/2019) e ao evento de expedição seq. 32. | | SISTEMA CNJ |
| | 39 | 26/03/2019 00:06:34 | DECORRIDO PRAZO DE ELIAS RIBEIRO MOURA (P/ advgs. de ELIAS RIBEIRO MOURA *Referente ao evento (seq. 30) EXPEDIÇÃO DE AGENDAR PERÍCIA(15/03/2019) e ao evento de expedição seq. 31. | | SISTEMA CNJ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 38 | 21/03/2019 09:50:34 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (14/03/2019) | | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador KETHELEN CRISTINE MONTEIRO DA |



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

Processo: 08017457220198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIAS RIBEIRO MOURA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **NAX7319**, de propriedade da parte autora.

Ocorre que o autor, não pagou o prêmio do seguro, estando o veículo em situação irregular pelo não pagamento do seguro obrigatório à época do sinistro.

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

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.

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.

Assim, 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.

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 MÉRITO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo tramitou na **1ª Vara Cível de Boa Vista**, sendo autuado sob o **nº. 0815337-28.2015.8.23.0010**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 27/09/2014.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de TRAUMA EM PÉ ESQUERDO, **50%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls. , realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

O laudo pericial informa que houve fratura em dedo do pé direito, mas observa o Perito que a sequela de tornozelo seria advinda de trauma antigo. No entanto, ao indicar o percentual conclui pela indenização em duas lesões, no tornozelo, a lesão antiga e no dedo do pé esquerdo.

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Não haveria razão para o pagamento de lesão antiga, já paga anteriormente, conforme colaciona trecho a ré abaixo:

Informações da Vítima

Nome completo: Elias Ribeiro Moura

CPF: 447.382.592-04

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: _____

Data do Acidente: 1/1

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____ - (____).

Local, data, _____

Elias Ribeiro Moura
Assinatura da vítima

E, a conclusão da perícia:

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.184/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MI

☐

10% Residual

☒

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

3ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

4ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem avaliadas, a vítima deverá ser encaminhada para avaliação médica especializada.

Conforme pagamento administrativo realizado, que segue para elucidação:

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIAS RIBEIRO MOURA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000038318-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Gradação: 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

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00051/00052 - carta_15R



Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** desta demanda e relativo a este acidente, conforme estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá porque o autor ainda se encontra em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015).”

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016).”

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após alta médica. Digno de destaque são os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 10 de maio de 2019.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150093238

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA

Data do acidente: 27/09/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CIENTE DE SINISTRO ANTERIOR.

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 |

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

2-4821





Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Natureza: Invalidez Permanente

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: MARCHA CLAUDICANTE,RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONZELO ESQUERDO + LIMITACAO MODERADA NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

CRM do médico: 2678/AM

UF do CRM do médico: AM

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 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Feb 21/90



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150093238 - 2
Nome do(a) Examinado(a): ELIAS RIBEIRO MOURA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA GRAO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO nº 654 - EQUATORIAL - BOA VISTA/RR
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 133844 - SSP
Data local do exame: 20/05/2015 BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA LUXACAO DA TIBIA E FIBULA DISTAIS A ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CIRURGICAMENTE COM OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER + FIXADOR EXTERNO
ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MARCA CLAUDICANTE, RIGIDEZ ARTICULAR COM AUSENCIA DOS MOVIMENTOS DO TRONOZELO ESQUERDO + LIMITACAO MODERADA NA
MOBILIDADE DO PE ESQUERDO COM LINFEDEMA IMPORTANTE DO MIE

IV. Segundo o 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(*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MIE

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

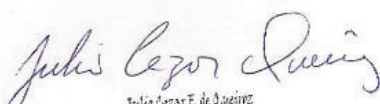
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RR - BOA VISTA, 20/05/2015

Médico Perito: JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ CRM: 2678/AM


Julio Cezar F. de Queiroz
Médico
CRM 2678-AM

Assinatura do perito Examinador - CRM



TERMO DE COMPROMISSO - PEDIDO DE REAGENDAMENTO
PERICIA MEDICA DE INVALIDEZ

A

Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT

Rio de Janeiro/RJ

Vítima: Elias Ribeiro Moura

Sinistro Nº: 3150/098238

Data do Acidente: 27/09/2014

Tendo em vista que me considero portador(a) de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **REAGENDADO** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas.

Confirmo a seguir o endereço onde resido atualmente e meu(s) telefone(s) de contato.

Av./Rua: Ponte - CT Guadiana, nº 654

Bairro: Boqueirão Cidade: Boa Vista CEP: 69.317-372

Fone(s) (95) 3624-4407 ; (95) 3224-9179 ; (95) 99154-8475

Local e Data: Boa Vista / RR, 27 DE abril DE 2015

Elias Ribeiro Moura
(Nome da vítima conforme RG)



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6231684

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6321072

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vítima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00035/00036 - carta_02





Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2015

Carta nº: 7051517

A/C: ELIAS RIBEIRO MOURA

Sinistro: 3150093238
Vitima: ELIAS RIBEIRO MOURA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIAS RIBEIRO MOURA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000038318-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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 |
|---|-----|----------|

| | | |
|--------|-----|------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
|--------|-----|------|

| | | |
|--------|-----|------|
| Juros: | R\$ | 0,00 |
|--------|-----|------|

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |
|------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder • DF VAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elias Kileuro Moura,
PORTADOR(A) DO RG Nº 133844 EXPEDIDO POR SSPIRR EM / / E
CPF 447332592-04 / CNPJ - - , PROFISSÃO manutençao de
E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO previdencia
DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elias Ribeiro Moura, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

☒ PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0653 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 038310-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



RESINTRAN

30 JAN 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

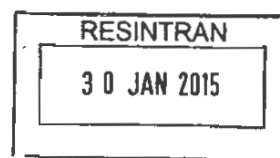


CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG CRUVIANA
DATA: 13/11/2014 HDRA: 17:07:29
TERMINAL: 39061002 CONTROLE: 390610020349

AGÊNCIA: 0653 - BOA VISTA
CONTA : 013.00038318-2
CLIENTE: ELIAS RIBEIRO MOURA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA



BO@NET - Gestor de Boletins de Ocorrência

http://172.14.1.211:8080/bo_net-rr/impresaoRelatorio/impresaoBo...

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Central de Flagrantes

Boletim de Ocorrência nº 28213 E / 2014

Registrado em 27/09/2014 às 20:10 horas

Dados Gerais

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: **A TIPIFICAR**

DATA DO FATO: **27/9/2014** - HORA FATO: **12:00**

LOCAL DO FATO: **Rua Exedito Francisco da Silva (Antiga Z-4)**

BAIRRO: **Doutor Sílvio Leite**

Autoria Desconhecida

1ª Vítima

NOME: **Elias Ribeiro Moura**

PAI: **Antonio Pereira Moura**

MÃE: **Maria Ribeiro Moura**

SEXO: **Masculino** - EST. CIVIL: **União Estável** - DT NASC: **08/12/1967** IDADE: **46** anos

NATURAL DE: **Barra do Corda** - UF: **MA** - PROFISSÃO: **Manutenção de Piscinas**

DOC.IDENT.: **133844** - ÓRGÃO EXP: **SESP/Polícia Civil/RR**

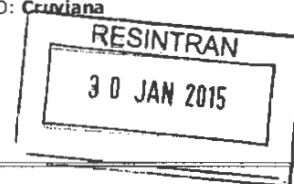
END. RES.: **Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo, 654, Residencial Cruviana** - BAIRRO: **Cruviana**

MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**

Celular: **95 9154-8475**

GRAU LESÃO: **Lesões graves** - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: **Não**

RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: **Sem relacionamento**



2ª Vítima

NOME: **Francleide de Sousa Oliveira**

PAI: **José Marques de Oliveira**

MÃE: **Maria das Dores de Sousa Oliveira**

SEXO: **Feminino** - EST. CIVIL: **União Estável** - DT NASC: **27/03/1984** IDADE: **30** anos

NATURAL DE: **Codó** - UF: **MA** - PROFISSÃO: **Estudante**

DOC.IDENT.: **196099** - ÓRGÃO EXP: **SESP/Polícia Civil/RR**

END. RES.: **Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo, 654, Residencial Cruviana** - BAIRRO: **Cruviana**

MUNICÍPIO: **Boa Vista/RR**

Celular: **95 9157-8095**

GRAU LESÃO: **Lesões leves** - COMPARECEU À UNIDADE POLICIAL: **Sim**

RELAÇÃO DA VÍTIMA COM O AUTOR: **Sem relacionamento**

Histórico

Compareceu a esta Central de Flagrantes a Comunicante/Vítima para informar que na data de hoje trafegava juntamente com seu esposo na Motocicleta Iros/One Chassi nº 96ZNE2125BM000700, placas NAN-9492, Cor Prata pela avenida Exedito Francisco da Silva (antiga Z-4) sentido Centro/Bairro quando foram abalroados por um Veículo cuja comunicante não recorda a cor nem as placas. Tendo sofrido ferimentos na perna esquerda e seu esposo sofreu uma fratura exposta na perna esquerda. Que ao serem abalroados a comunicante caiu tendo seu esposo sido arrastado. Que o condutor do outro veículo deu ré e evadiu-se do local do acidente, tendo a motocicleta sido recolhida pela Polícia Militar (CIPTUR) para o pátio do DETRAN. Era o que tinha a comunicar.

Requisições expedidas

Requisições IML: **Sim**

Instituto de Criminalística: **Não**

Instituto de Identificação: **Não**

Central de Flagrantes - Av. Brasil, s/nº, 0, Boa Vista, Roraima

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elias Ribeiro Moura

RG nº 133844, data de expedição / / , Órgão SSP/RR,

CPF nº 447.332.592-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

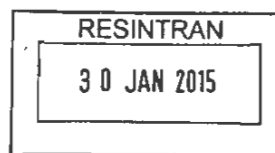
| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Grão Mestre Claudio B. Araújo</u> |
| Número | <u>654</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Equatorial</u> |
| Cidade | <u>Boa-Vista</u> |
| Estado | <u>Roraima</u> |
| CEP | <u>69.317-372</u> |
| Telefone de Contato | <u>(95) 3624-4407 / 9157-</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa-Vista RR, 23/01/2015

Assinatura: do Declarante:


Elias Ribeiro Moura



COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



**Eletrobras**
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
108714-2

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal 000042634
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TS - Eficiência da
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| OUTUBRO/2014 | 01/11/2014 | 263 | 74,57 |

FRANCILEIDE DE SOUSA OLIVEIRA
R. GRAO MESTRE CLAUDIO B ARAUJO 654 EQUATORIAL
CPF: 00095533818200
CEP: 69.317-372 - BOA VISTA
ROT: 7.001.28.07.055100

| DADOS DA LEITURA | | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | |
|-----------------------------|-------|------------------------------|----------|
| Atual: | 4368 | Classe/Subclasse | MONO |
| Anterior: | 4105 | Ligação | MONO |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Numero Medidor | E2725784 |
| Consumo Medido: | 263 | Poste | |
| Consumo Faturado: | 263 | Códig. e Fat. | 1.4.1.1 |
| | FCAM | Média 12 meses | 257 |

Forma de Faturamento: NORMAL Fator de Potência: 30 Dias de Consumo: 30

| HISTÓRICO kWh | | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|-----------------|-----|--------------------|--------------------------------|
| Mês/ano consumo | | CONSUMO | 30 A R\$ 0,106764 = 3,20 |
| SET/14 | 278 | | 70 A R\$ 0,183033 = 12,81 |
| AGO/14 | 252 | | 120 A R\$ 0,274543 = 32,94 |
| JUL/14 | 265 | | 43 A R\$ 0,305051 = 13,11 |
| JUN/14 | 276 | | DIFFERENÇA DE TARIFA |
| MAI/14 | 277 | | CORREÇÃO MONETÁRIA DA 08/14-00 |
| ABR/14 | 232 | | MULTA POR ATRASO DE I 08/14-00 |
| MAR/14 | 269 | | JUROS DE MORA POR ATR 08/14-00 |
| FEV/14 | 224 | | MULTA POR ATRASO 08/14-00 |
| JAN/14 | 258 | | JUROS DE MORA DE IMPO 08/14-00 |
| DEZ/13 | 272 | | ILUMINACAO PUBLICA |

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,066650
31 A 100 - 0,145550
101 A 220 - 0,222620
221 A 263 - 0,247500

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO | |
|---|-----------|
| Mes/Ano | Valor R\$ |
| 09/2014 | 78,74 |

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/10/2014. O não pagamento por 30 dias suspenderá também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.


LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21

RESERVADO AO FISCO CD16.6725.CF77.910B.8845.6242.65AE.1029

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 23,15 | Base de Cálculo: | 62,06 |
| Energia: | 23,86 | Alíquota ICMS: | 17,00% |
| Transmissão: | 0,00 | Valor do ICMS: | 10,55 |
| Encargos: | 3,37 | Valor do PIS: | 0,20 |
| Tributos: | 11,68 | Valor do COFINS: | 0,93 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|------------|-------|--------|------------|-------|----------------------|---------|--------|-------|
| | DIC | | | FIC | | | DMIC | | DICRI | |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | | Mensal | |
| Limite | 6,03 | 12,06 | 24,12 | 4,35 | 8,71 | 17,42 | 3,54 | | | |
| Realizado | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | | | |
| Conjunto | DISTRITO | | | | | | Período de apuração: | 08/2014 | CCSD: | 20,95 |


ROT: 7.001.28.07.055100

**Eletrobras**
Distribuição Roraima
Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
108714-2
MÊS FATURADO
10/2014
Nº da Nota Fiscal: 000042634 FCAM

TOTAL A PAGAR - R\$
74,57
VENCIMENTO
01/11/2014

836000000000 7 74570075000 3 00000000108 1 71421014008 9





DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*1004



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA


Eleitor


CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

| Antes da Indução Anestésica | Antes de Iniciar a Cirurgia | Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica |
|--|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Identificação do Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimento informado realizado</p> <p><input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto/ou não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico OK</p> <p><input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim _____</p> <p>Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml 7ml/kg em crianças?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.</p> | <p><input type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões.</p> <p><input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiista e a enfermagem verbalmente confirmam.</p> <p><input type="checkbox"/> Identificação do Paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimento informado realizado</p> <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do anestesiista: há alguma preocupação em relação ao paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?</p> <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> | <p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós anestésicas e pós-operatória desse paciente</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><p>RESINTRAN</p><p>30 JAN 2015</p></div> |

Paciente: Elias Ribeiro Moura, 46 anos
Procedimento: Limpeza cirúrgica de Esquerda
27/10/2014



| | | | |
|---|--|---|--|
|  Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | | 2 - CNES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 9 - SEXO | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 15 - UF | |
| | | 16 - CEP | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | |
| <i>Operado de 1 mês após 3 curas de fisioterapia - Truque e de E</i> | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| <i>Clonagem</i> | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| <i>Ar</i> | | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | | |
| <i>Fratura de Vtulo de Esquina</i> | | | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | |
| 28 - DOCUMENTO | | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | | 33 - SÉRIE | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO | | 35 - CNPJ DA SEGURADORA | |
| 36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | | 37 - CNPJ EMPRESA | |
| 38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | | 39 - CNAE DA EMPRESA | |
| 40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 41 - CBOR | |
| 42 - EMPREGADO | | 43 - EMPREGADOR | |
| 44 - AUTÔNOMO | | 45 - DESEMPREGADO | |
| 46 - APOSENTADO | | 47 - NÃO SEGURADO | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR | |
| 50 - DOCUMENTO | | 51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| 52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| RESINTRAN | | | |
| 30 JAN 2015 | | | |

| | |
|---|---|
|  SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | 2 - CNES |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | 4 - CNES |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | 6 - N° DO PRONTUÁRIO |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 8 - DATA DE NASCIMENTO |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL | 9 - SEXO |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) | 11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD e N° DO TELEFONE) |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO |
| | 15 - UF |
| | 16 - CEP |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |
| 26 - CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO |
| 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO | 38 - SÉRIE |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 39 - CNPJ DA EMPRESA |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | 40 - CNAE DA EMPRESA |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | 41 - CBOR |
| AUTORIZAÇÃO | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR |
| 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |

RESINTRAN
30 JAN 2015



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|--|--|--------|------------------------------|--------------------------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE | | 465 | APT° OU LEITO | N° DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Elias Ribeiro Moraes | | 216-03 | 6 | 58027 | 13/01/4 |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Limpeza cirurgica de Esquendo | | | INÍCIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| | | | 14:20 | 19:35 | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | Dr. Bueno | | ANESTESISTA | Dr. Thiago / Dr. Adonias | |
| 1° AUXILIAR | Dr. Elias | | INSTRUMENTADOR | | |
| AUXILIAR | Dr. Ivan | | CIRCULANTE | Mica / Glendy | |
| TIPO DE ANESTESIA | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Sedação | | | | | |
| QUANT | MATERIAIS | VALOR | QUANTID | MEDICAMENTOS | VALOR |
| | CATGUT SIMPLES N° | | N | HORAS DE OXIGÊNIO | |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc | |
| | CATGUT SIMPLES N° | | | FRASCO SORO | |
| | CATGUT N° | | | FRASCO SORO GLICOSADO %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | FRASCO SORO GLICOSA %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | XILOCAÍNA %cc | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO RETO | | J | FLAXEDIL | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO | | | FLUOTHANE | |
| | FIOS DE SEDA N° | | | PENTRANE | |
| | FIOS DE ALGODÃO N° | | | ENTRANE | |
| | MONONYLON COM AGULHA | | | ÉTER | |
| | MONONYLON SEM AGULHA | | N | ATROPINA | |
| | UNIDADES DE GAZE | | | PROSTGMINE | |
| | PARES DE LUVAS N° 7.0 = 7.5 | | N | THIONEMBUTA | |
| | EQUIPOS PARA SORO | | | MARCAÍNA | |
| | ROLOS DE ESPARADRAPO | | | INOVAL | |
| | DRENOS N° | | | GLICOSE % | |
| | SONDAS N° | | | ÁGUA OXIGENADA | |
| | AGULHAS | | | MERTHIOLATE | |
| | COMPRESSAS | | | MERCÚRIO CROMO | |
| | LÂMINAS PARA BISTURI | | | | |
| SOMA | | | | SOMA | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR(A) | ENFERMEIRA CHEFE | | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | Lauriano | | SUB-TOTAL | | |
| | Pereira | | | | |
| FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS | FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO | | TAXA DE SALA | | |
| | | | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | | SOMA | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE | | | | | |



Quang Bich

RESINTRAN
30 JAN 2015

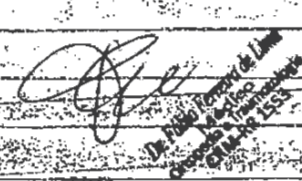
Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

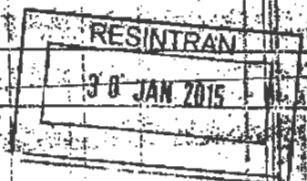
Paciente: Elton Ribeiro

Leito: _____ Data: 21/10/14

H.D. _____ Staff: _____

Medicação _____ Horário _____

| | |
|---|-------------|
| 1) Dieta oral livre | S.N.D. |
| 2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs) | 06-18 |
| 3) Cefalotina 1g 1 amp. ev 6/6h | 06-18 18-24 |
| 4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h | NT |
| 5) Omeprazol 40mg 1 amp. ev pela manhã | 06 |
| 6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N) | S/N |
| 7) Dipirona 500mg/ml --- 2ml ev 6/6h | S/N S/N 9h |
| 8) Trainadol 100mg + SFO 0,9% 100ml ev 8/8h | S/N S/N 10h |
| 9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA > 160x100mmHg | ATENÇÃO |
| 10) Sinais Vitais 6/6h | ROTINA |
| 11) Curativo diário | ROTINA |
| 12) Oxacilina 1g @ 4/4h | 06-10-14-18 |
| 13) Clonazepam 0,5mg @ 12/12h | 06-18 |
| AO BLOCO | |
| 12h PA = 139/93 | |
| P = 100 | |
|  | |
| Dr. Alvaro Luiz da Costa Fernandes CRM 1553 | |
| SINAIS VITAIS 6/6hrs | |
| Pressão arterial | 120/80 8/4 |
| Frequência cardíaca | 82 |
| Temperatura | |
| Frequência respiratória | |



HOSPITAL GERAL DE RUA LIMA - PRONTO-SOCORRO MÉDICO TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Elas Roberto LEITO: _____

MÉDICOS RESPONSÁVEIS _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 22.10.14

| ITEM | DIAGNÓSTICO | DATA | VALOR |
|---|--------------------------------------|------|-------|
| 1 | ... | | |
| 2 | ... | | |
| 3 | ... | | |
| 4 | ... | | |
| 5 | ... | | |
| 6 | ... | | |
| 7 | ... | | |
| 8 | ... | | |
| 9 | ... | | |
| 10 | ... | | |
| 11 | ... | | |
| 12 | ... | | |
| 13 | Oximetria 1g @ 4/4H 1p 1x 18 | | |
| 14 | Ciprofloxacino 400mg @ 12/12H 20' de | | |
| ASSOCIAÇÕES DE ENFERMAGEM: <u>PO Bloco</u> | | | |
| Dr. Fábio Ferreira de Lima Médico Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 15553 | | | |
| RESINTRAN 3-0 JAN 2015 | | | |
| 12:00 | 131 x 82 | 78 | |
| 18:00 | 135 x 73 | 102 | |
| 24:00 | | | |
| 06:00 | 126 / 86 | 105 | |

HOSPITAL
ORTOPEDIA

PACIENTE

MÉDICO

DIAGNÓSTICO

Elvis Ribeiro

GT

24 10 14

ITEM

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

Exatima 25 @ 4/9 H 10 14 16 22 02 06

Upraflexina 400 mg @ 12/12 H 20 08

pet c/ cirurgia programada p/ 2ª vez 27/10

transferir p/ bloco

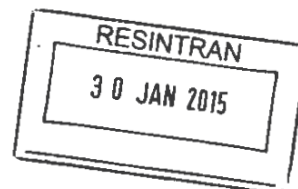
Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1553

12:00

18:00

24:00

06:00



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Elvis Ribeiro LEITO: _____

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 25/10/14

| Nº | DESCRIÇÃO | HORARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|------------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|----------------------------------|-----|----------------------|--|--|----------|------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 1 | Diet. oral livre | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SF 0,9% 1000 ml (24h) | 12-24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Cefazolin 1g 1amp EV 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h | 10-22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã | 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <i>SA</i> | 12 - 18 - 24 - 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>ou (D) sp.</i> | 14 - 22 - 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Caitepril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Glicemia capilar (_____). | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Corrigir conforme esquema abaixo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>>400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td><70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td></tr></tbody></table> | GLICEMIA | INSULINA REGULAR | 200-250 | 2 UI SC | 251-300 | 4 UI SC | 301-350 | 6 UI SC | 351-400 | 8 UI SC | >400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | <70 | GLICOSE 50% 40 ML EV | <table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | GLICEMIA | I.R. | 12:00 | | | 18:00 | | | 24:00 | | | 06:00 | | |
| GLICEMIA | INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200-250 | 2 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 251-300 | 4 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301-350 | 6 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 351-400 | 8 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| >400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <70 | GLICOSE 50% 40 ML EV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GLICEMIA | I.R. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Terapêutico diário. 1x ao dia | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h | ROTINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <i>Morfina 2g (EV) 4/4hs</i> | <i>12-18-24-06</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <i>Clonazepam 1mg (D) 12/12h</i> | <i>08-20</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRO

Per Bibs sem

Quarta

Dr. Ivan Leite Morris
Médico CRM-RF 546
RESIDENTE ORTOPEDIA

25 OUT. 2014

*Per flow. paciente -
Per fragmento amarelo - R
2º punção de 27/10.*

SINAIS VITAIS

| | P.A. (mmHg) | P. (b.p.m.) | R. (r.p.m.) | T (°C) |
|-------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 12:00 | | | | |
| 18:00 | | | | |
| 24:00 | | | | |
| 06:00 | | | | |

RESINTRAN

30 JAN 2015

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Eliran Ribon LEITO _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: _____

| ITEM | DESCRIÇÃO | HORARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|------------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|----------------------------------|------|--|--|--|----------|-----|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 1 | Dieta oral livre | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SF 0.9% 1000 ml (24h) | 18-24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 2amp de 12/12h | 12-24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <i>SW</i> | 06-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0.9% 100 ml EV 8/8h <i>SW</i> | 06-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Glicemia capilar (____). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table> | GLICEMIA | INSULINA REGULAR | 200-250 | 2 UI SC | 251-300 | 4 UI SC | 301-350 | 6 UI SC | 351-400 | 8 UI SC | > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA | S/N <table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>LR.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | GLICEMIA | LR. | 12:00 | | | 18:00 | | | 24:00 | | | 06:00 | | |
| GLICEMIA | INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200-250 | 2 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 251-300 | 4 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301-350 | 6 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 351-400 | 8 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GLICEMIA | LR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Curativo diário 1x ao dia | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6h | ROTINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | <i>Clonazepam 1g EV 4/4/15</i> | <i>16 18 20</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | <i>aproximadamente 900mg KETOXOL 100mg 12/12h</i> | <i>06</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | <i>23 OUT. 2014</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Evolução Médica:

RESINTRAN

30 JAN 2015

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| | P.A. (mmHg) | P. (b.p.m.) | R. (r.p.m.) | T. (°C) |
| 12:00 | | | | |
| 18:00 | 124/86 mmHg | 90 bpm | | |
| 24:00 | 134/95 mmHg | 86 bpm | | |
| 06:00 | | | | |

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elías Ribeiro ID: 216-3

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 27/10/14

| ITEM | DESCRIÇÃO | HORARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|----------------------------------|------|--|---|--|----------|------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 1 | Dieta oral livre <u>zero</u> | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SF 0,9% 1000 ml (24h) | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h | 12-22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h | (2)-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h | 12-22-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Glicemia capilar (____). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table> | GLICEMIA | INSULINA REGULAR | 200-250 | 2 UI SC | 251-300 | 4 UI SC | 301-350 | 6 UI SC | 351-400 | 8 UI SC | > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA | S/N <table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | GLICEMIA | I.R. | 12:00 | | | 18:00 | | | 24:00 | | | 06:00 | | |
| GLICEMIA | INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200-250 | 2 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 251-300 | 4 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301-350 | 6 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 351-400 | 8 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GLICEMIA | I.R. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Curativo diário 1x ao dia | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h | ROTINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <u>Oxigeno 2L @ 4L/h</u> | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <u>Clindamicina 600 mg @ 6/6h</u> | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Evolução Médica:

12hs. coletado sangue para
realização de exame - OK

RESINTRAN

30 JAN 2015

SINAIS VITAIS

| | P.A. (mmHg) | P. (b.p.m.) | R. (r.p.m.) | T.(°C) |
|-------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 12:00 | 134x98 | 81 | | 36,0 |
| 18:00 | 120x80 | 79 | | 36,2 |
| 24:00 | 110x66 | 76 | | 36,7 |
| 06:00 | 120x70 | 66 | | |

Post. encaminhado
ao CC 13/10/14

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: 9/1/85 KP 2100

Leito 24-5

Date: 28 / 10 / 22

H.D. _____, Staff,

Medicação

Horário

| | |
|---|---|
| 1) Dieta oral livre | SND |
| 2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs) | 12/18 24 0 10 22 |
| 3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h | |
| 4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h | |
| 5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã | |
| 6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N) | |
| 7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h | SN |
| 8) Trainadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h | 01/01/15 |
| 9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg | |
| 10) Sinais Vitais 6/6h | ROTINA |
| 11) Curativo diário | |
| 12. Oclui linha 29 @ 4/14/15 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58 62 66 70 74 78 82 86 90 94 98 102 106 110 114 118 122 126 130 134 138 142 146 150 154 158 162 166 170 174 178 182 186 190 194 198 202 206 210 214 218 222 226 230 234 238 242 246 250 254 258 262 266 270 274 278 282 286 290 294 298 302 306 310 314 318 322 326 330 334 338 342 346 350 354 358 362 366 370 374 378 382 386 390 394 398 402 406 410 414 418 422 426 430 434 438 442 446 450 454 458 462 466 470 474 478 482 486 490 494 498 502 506 510 514 518 522 526 530 534 538 542 546 550 554 558 562 566 570 574 578 582 586 590 594 598 602 606 610 614 618 622 626 630 634 638 642 646 650 654 658 662 666 670 674 678 682 686 690 694 698 702 706 710 714 718 722 726 730 734 738 742 746 750 754 758 762 766 770 774 778 782 786 790 794 798 802 806 810 814 818 822 826 830 834 838 842 846 850 854 858 862 866 870 874 878 882 886 890 894 898 902 906 910 914 918 922 926 930 934 938 942 946 950 954 958 962 966 970 974 978 982 986 990 994 998 1002 1006 1010 1014 1018 1022 1026 1030 1034 1038 1042 1046 1050 1054 1058 1062 1066 1070 1074 1078 1082 1086 1090 1094 1098 1102 1106 1110 1114 1118 1122 1126 1130 1134 1138 1142 1146 1150 1154 1158 1162 1166 1170 1174 1178 1182 1186 1190 1194 1198 1202 1206 1210 1214 1218 1222 1226 1230 1234 1238 1242 1246 1250 1254 1258 1262 1266 1270 1274 1278 1282 1286 1290 1294 1298 1302 1306 1310 1314 1318 1322 1326 1330 1334 1338 1342 1346 1350 1354 1358 1362 1366 1370 1374 1378 1382 1386 1390 1394 1398 1402 1406 1410 1414 1418 1422 1426 1430 1434 1438 1442 1446 1450 1454 1458 1462 1466 1470 1474 1478 1482 1486 1490 1494 1498 1502 1506 1510 1514 1518 1522 1526 1530 1534 1538 1542 1546 1550 1554 1558 1562 1566 1570 1574 1578 1582 1586 1590 1594 1598 1602 1606 1610 1614 1618 1622 1626 1630 1634 1638 1642 1646 1650 1654 1658 1662 1666 1670 1674 1678 1682 1686 1690 1694 1698 1702 1706 1710 1714 1718 1722 1726 1730 1734 1738 1742 1746 1750 1754 1758 1762 1766 1770 1774 1778 1782 1786 1790 1794 1798 1802 1806 1810 1814 1818 1822 1826 1830 1834 1838 1842 1846 1850 1854 1858 1862 1866 1870 1874 1878 1882 1886 1890 1894 1898 1902 1906 1910 1914 1918 1922 1926 1930 1934 1938 1942 1946 1950 1954 1958 1962 1966 1970 1974 1978 1982 1986 1990 1994 1998 2002 2006 2010 2014 2018 2022 2026 2030 2034 2038 2042 2046 2050 2054 2058 2062 2066 2070 2074 2078 2082 2086 2090 2094 2098 2102 2106 2110 2114 2118 2122 2126 2130 2134 2138 2142 2146 2150 2154 2158 2162 2166 2170 2174 2178 2182 2186 2190 2194 2198 2202 2206 2210 2214 2218 2222 2226 2230 2234 2238 2242 2246 2250 2254 2258 2262 2266 2270 2274 2278 2282 2286 2290 2294 2298 2302 2306 2310 2314 2318 2322 2326 2330 2334 2338 2342 2346 2350 2354 2358 2362 2366 2370 2374 2378 2382 2386 2390 2394 2398 2402 2406 2410 2414 2418 2422 2426 2430 2434 2438 2442 2446 2450 2454 2458 2462 2466 2470 2474 2478 2482 2486 2490 2494 2498 2502 2506 2510 2514 2518 2522 2526 2530 2534 2538 2542 2546 2550 2554 2558 2562 2566 2570 2574 2578 2582 2586 2590 2594 2598 2602 2606 2610 2614 2618 2622 2626 2630 2634 2638 2642 2646 2650 2654 2658 2662 2666 2670 2674 2678 2682 2686 2690 2694 2698 2702 2706 2710 2714 2718 2722 2726 2730 2734 2738 2742 2746 2750 2754 2758 2762 2766 2770 2774 2778 2782 2786 2790 2794 2798 2802 2806 2810 2814 2818 2822 2826 2830 2834 2838 2842 2846 2850 2854 2858 2862 2866 2870 2874 2878 2882 2886 2890 2894 2898 2902 2906 2910 2914 2918 2922 2926 2930 2934 2938 2942 2946 2950 2954 2958 2962 2966 2970 2974 2978 2982 2986 2990 2994 2998 3002 3006 3010 3014 3018 3022 3026 3030 3034 3038 3042 3046 3050 3054 3058 3062 3066 3070 3074 3078 3082 3086 3090 3094 3098 3102 3106 31 | |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Elvira V. Silva LEITO: 516+3

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 29/10/14

| ITEM | DESCRIÇÃO | HORARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|----------------------------------|------|--|--|--|----------|------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 1 | Dieta oral livre | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SF 0,9% 1000 ml (24h) | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Cefalotina 1g lamp + AD (EV) 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20mg - lamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h | 10-22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Omeprazol 40 mg - lamp EV pela manhã | 06-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h | 14-22-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table> | GLICEMIA | INSULINA REGULAR | 200-250 | 2 UI SC | 251-300 | 4 UI SC | 301-350 | 6 UI SC | 351-400 | 8 UI SC | > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA | <table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | GLICEMIA | I.R. | 12:00 | | | 18:00 | | | 24:00 | | | 06:00 | | |
| GLICEMIA | INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200-250 | 2 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 251-300 | 4 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301-350 | 6 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 351-400 | 8 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GLICEMIA | I.R. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Curativo diário 1x ao dia | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <u>Exame físico 2x (EV) 12/12h</u> | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <u>Exame físico 2x (EV) 12/12h</u> | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Evolução Médica: 29 OUT. 2014
11 ENFERMAGEM
12:00 - APRESENTANDO FLEBITE EM MSE; TROCADO ACESSO; MANTENDO PERÍLIO - 11

RESINTRAN
30 JAN 2015

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| | P.A. (mmHg) | P. (b.p.m.) | R. (r.p.m.) | T (°C) |
| 12:00 | 90/60 | 79 | 21 | 36.5°C |
| 18:00 | 110/80 | 80 | 20 | 36.5°C |
| 24:00 | 107/87 | 72 | | 36.5°C |
| 06:00 | 110/75 | 85 | | |

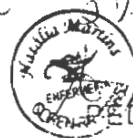
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Eliano Ribeiro LEITO: 26-3

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 30/10/14

| ITEM | DESCRIÇÃO | HORARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|----------------------------------|------|---|---|-----|--|--|--|----------|------|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|--|--|
| 1 | Dieta oral livre | SND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | SF 0,9% 1000 ml (24h) | (12-24) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Cefalotina 1g Iamp + AD (EV) 6/6h | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Tenoxicam 20mg - Iamp EV 12/12h ou VO 20mg de 12/12h | (10-22) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Omeprazol 40 mg - Iamp EV pela manhã | 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) | S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h | (12-18-24-06) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h | (14-22-06) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Captopril 25 mg VO se PAS \geq 160 e/ou PAD \geq 100 mmHg | SN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table> | GLICEMIA | INSULINA REGULAR | 200-250 | 2 UI SC | 251-300 | 4 UI SC | 301-350 | 6 UI SC | 351-400 | 8 UI SC | > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA | <table border="1"><thead><tr><th colspan="3">S/N</th></tr><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | S/N | | | | GLICEMIA | I.R. | 12:00 | | | 18:00 | | | 24:00 | | | 06:00 | | |
| GLICEMIA | INSULINA REGULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 200-250 | 2 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 251-300 | 4 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301-350 | 6 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 351-400 | 8 UI SC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| > 400 | 10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 70 | GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S/N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GLICEMIA | I.R. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Curativo diário 1x ao dia | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h | ROTINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <i>Exame físico 1x ao dia 14h</i> | 10-14-18-22-02-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <i>Cuidados gerais 6/6h</i> | 12-18-24-06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evolução Médica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div>RESINTRAN 30 JAN 2015</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | P.A. (mmHg) | P. (b.p.m.) | R. (r.p.m.) | T (°C) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10:00 | 120x48 mmHg | 76 | - | 36,3°C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06:00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Psico Cirurgião

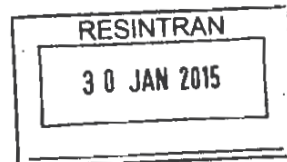
Grato m

Data

Médico

Data

Médico





PÉDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Elías Ribeiro Moura
IDADE: 46 Anos REGISTRO: _____
BLOCO: (B) ENFERMARIA: 26-3 LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE:

Oncofobia

PARA:

Pneumologia

Dados Clínicos:

Pneumonia

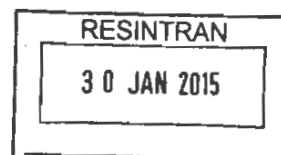
Gravado

Data

Médico

Data

Médico



3/2014

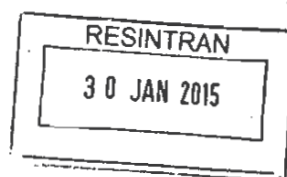
Guia de Atendimento 02

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Revised
21 / 10 / 07

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|------------------------|--|-----------------|--|-------------|--|-------------------|--|
| 1400325033 | | 20/10/2014 13:32:45 | | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | | TARDE 13-19 | | 4 | |
| Paciente | | Data Nascimento | | Idade | | CNS | | CPF | | Prontuário | |
| ELIAS RIBEIRO MOURA | | 08/12/1967 | | 46 A 10 M 12 D | | | | 44733259204 | | 00067580 | |
| Tipo Doc | | Documento | | Órgão Emissor | | Data Emissão | | Sexo | | Estado Civil | |
| IGNORADO | | | | | | | | M | | SOLTEIRO(A) PARDA | |
| Mãe | | Pai | | Naturalidade | | Contatos | | | | | |
| MARIA RIBEIRO MOURA | | | | BARRA DO CORDA - MA | | (95) 8115-3674 | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | |
| RUA - GRAU MESTRE BARBOSA DE ARAUJO - 604 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR | | | | | | | | | | | |
| Class. de Risco | | Plano Convênio | | N° da Carteira | | Validade | | Autorização | | Sis Prenatal | |
| | | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | | Caráter do Atendimento | | Profissional do Atend. | | Procedência | | Temp. | | Peso | |
| OUTROS | | URGÊNCIA | | | | | | | | | |
| Setor | | Tipo de Chegada | | Procedimento Sol. | | Registrado por: | | | | | |
| GRANDE TRAUMA | | DEMANDA ESPONTÂNEA | | | | FRANCISCA | | | | | |
| Queixa Principal | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Prescrição | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Aprezamento | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Observação | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Condição | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Óbito | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Médico | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Impresso por: francisca | | | | | | | | | | | |
| Data Hora: 20/10/2014 13:58:09 | | | | | | | | | | | |



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



100403



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elias Ribeiro Moura, portador da carteira de identidade nº 13384 e inscrito no CPF/MF sob o nº 447.332.592-04 residente e domiciliado na Rua: Grão Mestre Plácido, 654 - Equatorial Cidade Boa-Vista Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74;

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Elias Ribeiro Moura

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa-Vista RR, 23/01/2015

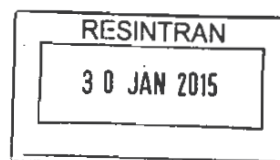
Local e data



DECLARAÇÃO DE CONTA ATIVA

Declaro para os devidos fins que possuo uma conta aberta da caixa econômica federal e a mesma encontra-se ativa e não tem limites de deposito por ser verdade, assino .

ELIAS Ribeiro Moura
CPF 447.332.592-04





**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA.... VARA
CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA-RR.**

ELIAS RIBEIRO MOURA, Brasileiro, União Estável, Autônomo, portador do RG nº 133844 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº 447.332.592-04, residente e domiciliado nesta cidade na Rua Grão Mestre Barbosa de Araújo, nº 604, Bairro Equatorial, CEP 69.317-372 com os seguintes Telefones (95) 99154-8475 / 98115-3675, por seus advogados *in fine* assinados (procuração anexa), vêm perante a ilustre presença de Vossa Excelência, propor a presente

**ACÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS
MORAIS**

em face da empresa **LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** S/A, CNPJ 09.248.608/0001-04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, Tel. (21) 3861-4600), tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:



DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Conforme declaração de próprio punho em anexo a esta exordial, o Requerente não tem condições de arcar com o ônus processual sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

De acordo com o artigo 4º da Lei 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, a parte interessada poderá gozar dos benefícios da assistência judiciária gratuita mediante simples afirmação na própria petição inicial de que não está em condições de arcar com os custos do processo.

No parecer de alguns doutrinadores, a expressão "assistência judiciária" é mais abrangente que "justiça gratuita". (ZANON, 1990, p. 26). Muito oportuna se apresenta a lição do Prof. Nehemias Domingos de Melo (2004):

“A Assistência Judiciária, enquanto instituto de direito administrativo, é posta à disposição do hipossuficiente como condição primeira para seu ingresso no judiciário, quando então, lhe é fornecido além das isenções de custas e atos processuais, defensor público. **De menor abrangência, o benefício da justiça gratuita é instrumento eminentemente processual que pode ser solicitado ao juiz da causa tanto no momento inaugural da ação quanto no curso da mesma, significando dizer que a dispensa das despesas processuais é provisória e condicionada à manutenção do estado de pobreza do postulante**, podendo ser revogada a qualquer tempo.”(grifo nosso).

Nesse sentido se posiciona o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA – A concessão de Assistência Judiciária Gratuita **independe da condição econômica de pobreza ou miserabilidade da parte, importando sim a demonstração de carência financeira, nem que seja ela momentânea**, conforme se depreende do art. 2º, § único da Lei 1.060/50 e artigo 5º, LXXIV da CF. Agravo de instrumento. Decisão monocrática dando provimento. (TJRS – AGI 70006492433 – 12ª C.Cív. – Rel. Des. Marcelo Cezar Muller – J. 04.06.2003) (grifos nossos)

O art. 5º, inciso LXXIV, da Carta Magna, preceitua que:

“LXXIV - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.”

Urge consignar que apesar de ter o Requerente contratado advogado particular, firmou com este contrato de risco, e evidente que tal atitude do Requerente não lhe



retira o direito da assistência judiciária gratuita devidamente assegurada pelo artigo 5º, LXXIV, bem como pela Lei 1.060/50.

Nesse sentido decidiu a 4ª Turma do STJ no REsp 1.065.782-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 7/3/2013, vejamos:

DIREITO PROCESSUAL CIVIL. IMPOSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA AOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DEVIDOS POR FORÇA DE CONTRATO DE ÊXITO.

A concessão de gratuidade de justiça não desobriga a parte beneficiária de pagar os honorários contratuais devidos ao seu advogado particular em razão de anterior celebração de contrato de êxito. O texto do art. 3º da Lei n. 1.060/1950, cujo teor prevê isenção ao pagamento de honorários advocatícios, não diferencia os sucumbenciais dos contratuais. Entretanto, não se pode conferir a esse artigo interpretação que contradiga o próprio texto da CF e de outras normas dirigentes do ordenamento jurídico. Desse modo, entender que a gratuidade de justiça alcança os honorários contratuais significaria atribuir à decisão que concede o benefício aptidão de apanhar ato extraprocessual e pretérito, qual seja, o próprio contrato celebrado entre o advogado e o cliente, interpretação que vulnera a cláusula de sobredireito da intangibilidade do ato jurídico perfeito (CF/1988, art. 5º, XXXVI; LINDB, art. 6º). Ademais, retirar do causídico a merecida remuneração pelo serviço prestado não viabiliza, absolutamente, maior acesso do hipossuficiente ao Judiciário. Antes, dificulta-o, pois não haverá advogado que aceite patrocinar os interesses de necessitados para ser remunerado posteriormente com amparo em cláusula contratual *ad exitum*, circunstância que, a um só tempo, também fomentará a procura pelas Defensorias Públicas, com inegável prejuízo à coletividade de pessoas — igualmente necessitadas — que delas precisam. Precedente citado: REsp 1.153.163-RS, Terceira Turma, DJe 2/8/2012. **REsp 1.065.782-RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 7/3/2013. (grifo nosso)**

Recentemente, a 1ª Turma do STF examinou esta questão sob o ponto de vista criminal e decidiu que esta conduta do advogado não lhe retira o direito ao recebimento dos honorários contratados.

De acordo com o STF, não há qualquer ilegalidade ou crime no fato de um advogado pactuar com seu cliente, em contrato de risco, a cobrança de honorários, no caso de êxito em ação judicial proposta, mesmo quando este goza do benefício da gratuidade de justiça. (STF. 1ª Turma. HC 95058/ES, rel. Min. Ricardo Lewandowski, 4/9/2012).

Desta forma, respaldada pela legislação constitucional, infraconstitucional e recentes julgados dos nossos Tribunais Superiores, e sem se olvidar do fato de não esta o Requerente em condições de arcar com o ônus processual sem prejuízo próprio e de sua família, suplica o Requerente que Vossa Excelência se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita.



DOS FATOS

O Autor, em **27/09/2014** sofreu fratura em membro inferior esquerdo. Resultando em debilidade permanente de função do membro afetado conforme prontuário médico (docs. Anexo). A invalidez, debilidade permanente, foi produzida em decorrência das seqüelas ocasionadas em virtude de acidente de trânsito ocorrido em Boa Vista/RR (docs. anexos).

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, em **22/05/2015**, efetuou o pagamento de apenas **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, ou seja, menor que o devido por lei, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

DO DIREITO

DO VALOR DEVIDO

A Lei nº 6.194/74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, *verbis*:

"Art. 3o. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO.
COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT.
PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE
INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO
DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE
SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA.



RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator(a)**: Nelson Schaefer Martins; **Julgamento**: 20/04/2010; **Órgão Julgador**: Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação**: Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

Notório a responsabilidade do complemento do saldo a que o Autor tem direito, porque a seguradora deixou de observar preceito legal específico que lhe obrigava ao pagamento integral de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**. Desta forma vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**, acrescentando-se, ainda juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

DA INVALIDEZ

Importante frisar que a lei determina a indenização por invalidez no valor máximo, sendo que para isso necessário o laudo pericial, que não necessita a aferição do grau de INVALIDEZ, uma vez que acostado laudo do IML, conforme súmula da Turma Recursal dos Juizados Especiais de Manaus:

E M E N T A: CONSUMIDOR – CIVIL – SEGURO DPVAT – PRELIMINARES AFASTADAS – PAGAMENTO PARCIAL NÃO OBSTA PROPOSITURA DE AÇÃO PARA RECEBIMENTO DA DIFERENÇA – DESNECESSIDADE DE APRECIACÃO DO GRAU DE DEBILIDADE – PREVALÊNCIA DE LEI EM FACE DE DISPOSITIVO INFRALEGAL – INDENIZAÇÃO FIXADA NA LEI 6.194/74 – RECURSO IMPROVIDO – SENTENÇA MANTIDA.(2ª. Turma Recursal de Manaus).

DO DANO MORAL



Inegável, outrossim, que com o ilícito praticado pela Requerida adveio resultado danoso ao Autor, consistente em sofrimento, angústia e humilhação, pois que no momento em que suportava gastos inesperados, foi enganado pela Requerida, que lhe indenizou com quantia menor do que a legalmente estipulada, tirando proveito do abalo psicológico que lhe dominava.

As conceituadas considerações são confirmadas e ratificadas nas jurisprudências de decisões de nossos Egrégios Tribunais de Justiça, como esta:

“INDENIZAÇÃO - Responsabilidade civil. Ato ilícito. Dano moral. Verba devida. Irrelevância de que esteja, ou não, associado ao dano patrimonial. Art. 5º, X, da CF. Arbitramento determinado. Art. 1.533 do CC. Recurso provido para esse fim. (TJSP - Ac 170.376-1 - 2ª C - Rel. Des. Cezar Peluso - J. 29.09.92) (RJTJESP 142/95)”.

Como se pode observar no caso em pauta, não se trata o dano moral ora requerido, a mera recusa ao pagamento da indenização em sua totalidade, mas sim, da dor, humilhação e angústia sentida pelo requerente em ter seu direito violado, principalmente pela profunda necessidade em que se encontrava e ainda se encontra o requerente.

Sendo assim, impõe-se a condenação também em reparar o abalo moral a que deu causa, mediante prestação pecuniária visando tanto compensar o Demandante, quanto punir a Demandada, inibindo assim, futuras espertezas da seguradora.

DO PEDIDO

Isso posto, requer-se:

- a) A citação da Requerida, em festejo à celeridade, pelo Tel. (21) 3861-4600, ou ainda, no endereço Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CENTRO, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20031-205, para que querendo, responda aos termos desta ação, no prazo legal, sob as penalidades legais;
- b) Seja julgado PROCEDENTE este pleito, com a condenação da Ré ao pagamento de **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**, acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E,



incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação em razão do pagamento a menor do DPVAT;

- c) Seja a Ré CONDENADA a pagar indenização pelos danos morais suportados, mediante quantia a ser arbitrada por Vossa Excelência, por ser medida de respeito ao ordenamento jurídico e de JUSTIÇA;
- d) Os benefícios da justiça gratuita, em conformidade com as Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com redação que lhe deu a Lei nº 7.510/86, tendo em vista ser o Autor pobre na acepção do termo, conforme declaração de pobreza em anexo;
- e) Seja ainda a Ré condenada ao pagamento de honorários advocatícios de sucumbência.

Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em Direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior de novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo requeridas.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais)**.

Termos em que,

P. E. Deferimento.

Boa Vista /RR, 03 de Junho de 2015.

(Assinado Eletronicamente)

EDSON SILVA SANTIAGO
OAB/RR Nº 619

(Assinado Eletronicamente)

WALDECIR SOUZA CALDAS JUNIOR
OAB/RR Nº 957