


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
3ª Vara Cível
Processo 0813549-37.2019.8.23.0010
Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 03/05/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 03/05/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo
Tipo: Promovente

Nome: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 446.894.622-91

Advogado(s) da Parte

2045NRR ANDRÉ CARLOS ISRAEL

1018NRR ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO



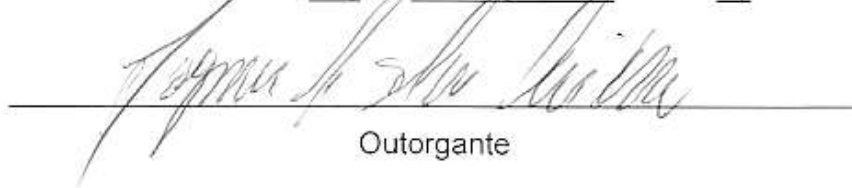
Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA PROFISSÃO: PROFESSOR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 99133-1523,
E-MAIL: ILDIRA@HOTMAIL.COM RG: 117562
SSP- RR e CPF: 446.894.622-94 RESIDENTE À
RUA: SÃO FRANCISCO N° 74,
BAIRRO: CENTRO VAREJO, representando o
menor: _____ pelo

presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador,
ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado
inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I,
nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere
amplios poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo,
Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes
e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir,
transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber
citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de
Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com
ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.


Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

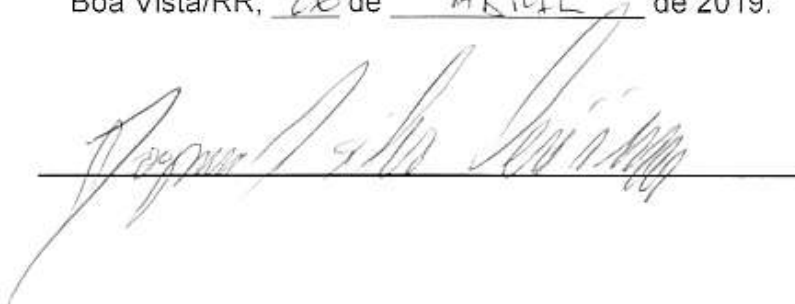
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: PROFESSOR
RG N° 117562 SSP/RR CPF: 446.894.622-91
ENDEREÇO: Rua São Francisco, 74 - CENTRAD
VERDE

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 26 de ABRIL de 2019.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

117562

DATA DE EXPEDIÇÃO
06/08/2018

DATA DE NASCIMENTO
26/09/1973

NOME
DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

FILIAÇÃO
ANTONIO MORAES DE OLIVEIRA
GEOCINA SOARES DA SILVA

NACIONALIDADE
BOA VISTA - RR

CERTD NASC 9925 FLS 185V LIV A-9
1º OF BOA VISTA-RR

CPF
446.894.622-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Prestador Participante em Parceria Civil
Estatutário do RGE

CEI Nº 7.116 DE 2006/93

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Nascimento
26/09/1973

Numero de Inscrição
446.894.622-91

13 MAR. 2019



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Waldemar Costa da Silva
Loc. Nasc.: Belo Horizonte - Est.: RJ
Filiação: Euzébio K. Costa - Data: 10/01/73
Doc. nº: 117.362-93 SSP/RJ

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: 10/01/73 Doc. Ident. nº: 117.362-93
Exp. em: 10/01/73 Estado: RJ
Obs.:
Data Emissão: 10/01/73 ORI: RJ

Waldemar Costa da Silva
Ag. cu rônimo do rônimo

12 - CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Serviço Nacional de
Agricultura Industrial - SENAI
CGCMF: 33.564.542/0892-33
Rua: Av. Capitão João Braga, Nº 353
Município: Boa Vista Est. RR
Esp. do estabelecimento: Ind. Gráfica
Cargo: montador
CBO nº: 14490
Data admissão: 01 de maio de 19 93
Registro nº: 054
Remuneração especificada: Cr\$ 1.709,40,00
(400 mil, quatrocentos e noventa
e quatro centavos)
Sup. de Manutenção de Máquinas
Diretor Regional do SENAI-RR
1º Data saída: 05 de dez de 19 2010
Ass. do empregador ou a rogo c/test.:
Arnaldo Mendes de Souza Cruz
Ass. Direção Regional do SENAI-RR/test.
1º
Com. Dispensa CD Nº:

13 - CONTRATO DE TRABALHO

Empregador:
CGCMF:
Rua: Nº:
Município: Est.
Esp. do estabelecimento:
Cargo: CBO nº:
Data admissão: de de 19
Registro nº: Fls./Ficha:
Remuneração especificada:
Ass. do empregador ou a rogo c/test.:
1º 2º
Data saída: de de 19
Ass. do empregador ou a rogo c/test.:
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagmar da Silva Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.894.622/91, do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima Dagmar da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.894.622/91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Barões</u>	Cidade <u>Bea Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-209</u>
Email <u>ILAIRRR@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99154-4282</u>

Bea Vista - RR, 13 de Março de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

13 MAR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/01/2019 11:30 Data/Hora Fim: 16/01/2019 11:48
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 16/01/2019
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/07/2018 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua São Francisco

Bairro: Cinturão Verde
Nº: 74

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 26/09/1973
Profissão: Professor		Escolaridade: Ensino Superior Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Geocina Soares da Silva			

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 117562
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.894.622-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua São Francisco Nº: 74
Bairro: Cinturão Verde

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado que não é habilitado compareceu a esta especializada para informar que no dia, local e hora aqui descrito, trafegava na MOTOCICLETA HONDA CG 150 SPORT, PLACA NAR 2762, CHASSI 9C2KC08605R011340 de propriedade de LEONILIA ALVES DOS SANTOS NETA, pela mencionada via que se trata de via preferencial sentido centro, quando uma motocicleta TITAN de placa não identificada, invadiu a referida vindo a colidir na lateral esquerda do veículo do comunicante vindo o mesmo a cair e em decorrência da queda sofreu fratura na perna esquerda. Informa ainda que foi acionado o SAMU e conduzido ao HGR para atendimento médico, informando ainda que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.

13 MAR. 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001105/2019

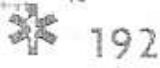
ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento

Dagmar da Silva Oliveira
(Vítima / Comunicante)

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

13 MAR, 2019

FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1396
		
UNIDADE: <u>Bravo II</u> EQUIPE: <u>Téc. Guly/ cond. Abey</u>		
Paciente: <u>Joanna de Silva Oliveira</u> idade: <u>44</u> Sexo: <u>mulher</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: Branca ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia		
Endereço: <u>Av. São Francisco</u> Bairro: <u>Indústria Verde</u>		
Nº <u>13-109</u>	DATA: <u>14/10/18</u>	HORA J/S: <u>20:05</u> BASE ☐ VIA ☒ ☒ RÁDIO HORA J/S: <u>20:10</u> <u>20:56</u> ☐ CELULAR
Médico(a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>B. ENZO</u>		
MOTIVO DO AÇIONAMENTO:		
AÇIONAMENTO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NA BASE ☐ OUTRO		
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ 4 a 24 horas ☐ Mais de 24 horas ☐ Não sabe ☐		
MECANISMO DE TRAUMA		
AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO ☐ Viagem ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA CALÇADA ☐ FAIXA	AUTOMÓVEL ☐ Uso de cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encapçada ☐ Air Bag Acionado MOTOCICLETA/ BICICLETA ☒ Colisão MOTO X <u>carro</u> ☐ Queda de moto ☐ Com capacete ☐ Atropelamento ☒ Sem capacete ☐ Queda de bicicleta ☒ Pêlo ☐ Garupa	VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ FAF ☐ Escancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro
OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda: Altura aprox. ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão animal ☐ Outros:		
AVALIAÇÃO INICIAL		
VIAS AÉREAS ☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☒ Outro	VENTILAÇÃO ☐ Espúrio ☐ Anele ☐ Dorsal ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Rápidos ☐ Sibilos ☐ Ressonância paradosa	CIRCULAÇÃO ☐ Normotensão ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade
AVAL. NEUROLÓGICA ☒ AVDN ☐ Mose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ ☐ E ☐ Apontamento Enfiado ☐ GLASGOW		
SINAIS VITAIS E ESCORES		
Hora: <u>20:39</u> P.A mmHg: <u>130x90</u> F.C bpm: <u>100</u> F.R bpm: <u>23</u> Sat O ₂ %: <u>98</u> T. Axilar °C: <u>-</u> Glicemia: <u>275</u> Esc. visual "DOR": <u>-</u> APGAR: <u>-</u>	Fim: <u>20:56</u> P.A mmHg: <u>130x90</u> F.C bpm: <u>89</u> F.R bpm: <u>20</u> Sat O ₂ %: <u>96</u> T. Axilar °C: <u>-</u> Glicemia: <u>-</u> Esc. visual "DOR": <u>-</u> APGAR: <u>-</u>	
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		
Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Palida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escorção ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Atumamento ☐ Fio penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escorções ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Fratura
Tórax ☐ Dgr ☐ Escorções ☐ Lacerações ☐ Contusão puntiforme ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	Abdome ☐ Escorções ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração	Abdomen ☐ Escorções ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
Pelve ☐ Contusão ☐ Escorções ☐ Dor ☐ Instabilidade ☐ Crepitação	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escorções ☐ Crepitação	MMSS ☐ Contusão ☐ Escorções ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação
MMII ☐ Contusão ☐ Escorções ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Crepitação	OCULAR ☒ Espontânea ☐ Ao comando ☐ A dor ☐ Sem resposta	VERBAL ☒ Orientado ☐ Confuso ☐ Palavras inapropriadas ☐ Palavras incompreensíveis ☐ Sem resposta
MOTORA ☒ Responde a comandos ☐ Localiza a dor ☐ Movimento de membros ☐ Flexão anormal ☐ Extensão anormal ☐ Sem resposta	TOTAL	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	APEÇÃO CLÍNICA ☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Pequena ☐ Metapico ☐ Cardiovascular ☐ Abdominal
HISTÓRIA REGRESSA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☒ HAS ☐ Medicação de uso:		
GRAVIDADE PRESUMIDA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ SEVERA ☐ ÓBITO EVIDENTE		
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)		
INCIDENTE: ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local - EVASÃO ☐ Recusa de hospitalização ☐ Tiro ☐ Bombeiro no local		
MULTIPLOS MEIOS AÇIONADOS: ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SAMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros		
OBSERVAÇÕES:		
RCP: ☐ ITORÇAS ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Out		

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 01/02/19
Stephanie
Rubrica

13 MAR. 2019

DESTINO	☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento - HGR ☐ Correlato Morte	☒ Pol. Osame e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santa Antônio - HCSA ☐ HMINEN	☐ Hosp. Des. Clínicas/RB - HCR ☐ Hosp. Leste It - HLT ☐ Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:		
TESTEMUNHA	[] Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento pré-hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: [] Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____ TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____		

GESTANTE

IG pré-semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

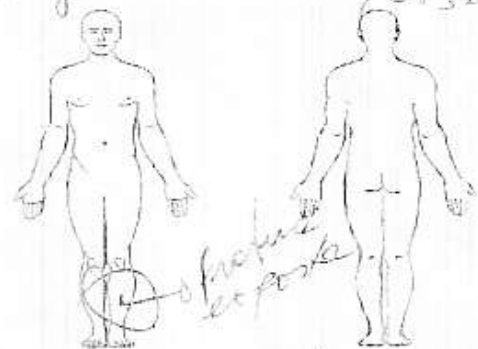
☐ Com cateter ☐ Sem cateter

01 on pda 200ml
04 unidades de 200ml
02 Com prescra
01 Equipamento
01 Jato 12

MATERIAL E MEDICAÇÃO

01 RL 500ml
01 Soro 100ml
01 Fio de dente
01 Biquinho R&S
01 Saco 80 x 120 cm

Exame	Observações	Resultado
Exame físico	Exame físico	Normal
Exame de sangue	Exame de sangue	Normal
Exame de urina	Exame de urina	Normal
Exame de fezes	Exame de fezes	Normal
Exame de secreções	Exame de secreções	Normal
Exame de pele	Exame de pele	Normal
Exame de olhos	Exame de olhos	Normal
Exame de ouvidos	Exame de ouvidos	Normal
Exame de nariz	Exame de nariz	Normal
Exame de boca	Exame de boca	Normal
Exame de garganta	Exame de garganta	Normal
Exame de pulmões	Exame de pulmões	Normal
Exame de coração	Exame de coração	Normal
Exame de fígado	Exame de fígado	Normal
Exame de baço	Exame de baço	Normal
Exame de rins	Exame de rins	Normal
Exame de ureteres	Exame de ureteres	Normal
Exame de bexiga	Exame de bexiga	Normal
Exame de próstata	Exame de próstata	Normal
Exame de pênis	Exame de pênis	Normal
Exame de vagina	Exame de vagina	Normal
Exame de colo do útero	Exame de colo do útero	Normal
Exame de ovários	Exame de ovários	Normal
Exame de trompas	Exame de trompas	Normal
Exame de anexos	Exame de anexos	Normal
Exame de mama	Exame de mama	Normal
Exame de axilas	Exame de axilas	Normal
Exame de braços	Exame de braços	Normal
Exame de pernas	Exame de pernas	Normal
Exame de pés	Exame de pés	Normal
Exame de mãos	Exame de mãos	Normal
Exame de dedos	Exame de dedos	Normal
Exame de unhas	Exame de unhas	Normal
Exame de cabelo	Exame de cabelo	Normal
Exame de pele	Exame de pele	Normal
Exame de olhos	Exame de olhos	Normal
Exame de ouvidos	Exame de ouvidos	Normal
Exame de nariz	Exame de nariz	Normal
Exame de boca	Exame de boca	Normal
Exame de garganta	Exame de garganta	Normal
Exame de pulmões	Exame de pulmões	Normal
Exame de coração	Exame de coração	Normal
Exame de fígado	Exame de fígado	Normal
Exame de baço	Exame de baço	Normal
Exame de rins	Exame de rins	Normal
Exame de ureteres	Exame de ureteres	Normal
Exame de bexiga	Exame de bexiga	Normal
Exame de próstata	Exame de próstata	Normal
Exame de pênis	Exame de pênis	Normal
Exame de vagina	Exame de vagina	Normal
Exame de colo do útero	Exame de colo do útero	Normal
Exame de ovários	Exame de ovários	Normal
Exame de trompas	Exame de trompas	Normal
Exame de anexos	Exame de anexos	Normal
Exame de mama	Exame de mama	Normal
Exame de axilas	Exame de axilas	Normal
Exame de braços	Exame de braços	Normal
Exame de pernas	Exame de pernas	Normal
Exame de pés	Exame de pés	Normal
Exame de mãos	Exame de mãos	Normal
Exame de dedos	Exame de dedos	Normal
Exame de unhas	Exame de unhas	Normal
Exame de cabelo	Exame de cabelo	Normal
Exame de pele	Exame de pele	Normal



Grupo acromioclavicular para exames tomográficos coligados, nota x nota última apresentação de dor no dorso, sem restrição de movimentos, porém com dor de caráter agudo, persistindo com história exposta do MTE, ferido profundo de trauma, Colar cervical não foi fixado e colares de UTE vendicados ao SSV, onde não pôde imobilizar o membro, sendo Ateixo usado, caso RL 500ml, medicação analgésica, intermédio ao médico responsável que encaminha para tratamento para mais avaliação.

Ass. Lins
 ASSINATURA E CARIMBO
Ass. 28 342249

SAMU 102-SV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 01/02/19
Stephanie
 Rubrica

nave

HGR
Hospital General de Reims

Visto OVE

HGF
Hochschule für Gestaltung

13 MAR. 2019

Ortopedea Dr. Celsa

Tratame MOTO X MOTO. R. por acidente
matern de ossos da perna (E) (Expor). CD.
AOCC + sulbunio

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995



13 MAR. 2019

 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 H.G.R.				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE Ortopedia				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE Nascentes Dos Santos De Oliveira				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 466910			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7107130071631431371911				8 - DATA DE NASCIMENTO 26/09/73			
9 - SEXO M				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Geolina Soares da Silva			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua São Francisco - Antares Verde				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Bom Vista				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF R.R.				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura 8ª vértebra de fratura e b Ossos de perna (e) e perna acident de moto							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Lacerant lúgus							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) História + Exame físico + Radiografias							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura 8ª e 9ª vértebra							
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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Elider							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 14/07/18							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Odaci Okemir Med. Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 1981/MG							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () FAVELADO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408050500 5828 V799							

13 MAR. 2018

BOLETIM OPERATÓRI

Dagmar Da Silva

Date: 4, 07, 18 C.S. _____

Autenticacao

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta Osso Perna Esquerda
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: tratamento cirurgico fratura exposta tibia e fib
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Eldec 1º AUXILIAR: Dr. Delnacho R.
2º: Dr. Marcos R. INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

- ① Pneu. em D.D.H. 8-6 crescentes
- ② Intussus e Angios
- ③ Lobocacos de campos esteriles
- ④ L.M.E.
- ⑤ Sutura
- ⑥ Reducan limbo + lobocacos de fructos euboros
- ⑦ Parthote rad-bogen
- ⑧ Eubatus
- ⑨ R.P.A.

~~Dr. Edgar Snow~~
~~Public Affairs~~
~~Group~~
~~TR~~

13 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Dagmar da Silva Oliveira 44a

14/07/13

Dagmar Alegria
DM 10a

PRÉ-MEDICAÇÃO - O2 - O2 - O2 - O2 - O2 - O2

AGENTES	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M																														
DA	240																															
X	220																															
VLGO	200																															
O	180																															
ANES	160																															
X	140																															
OP	120																															
O	100																															
TEMP	90																															
ASPIR	80																															
A	70																															
RESP	60																															
O	50																															
	40																															
	30																															
Export																																
Assist																																
Contro																																

SÍMBOLOS		A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z			
AGENTES	10p	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	
A	10p			1 - Check List Anest. OK	
B				Monitor: SpO2 + FC + RR + PA +	
C				1 - CN O2 21mm + sup.	
D				2 - Sedação: Fentanil 10 mcg.	
E				Midazolam 2mg CV	
F				3 - Anestesia: Propofol 1.5g	
G				4 - Cetalarina 2g.	
H				5 - Dipirona 2g.	
I				6 - Tranq. del 10g	
J				7 - alta ASH 10	
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
GLUCOSE					
UICC					
SANGUE					
SEDAÇÃO					
TOTAL	1500ml				
OPERAÇÃO					
AGENTES					
DOSES					
FIGURAS					
PL. DA SANGUE					

Bruno Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

13 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Dagmar da Silva Oliveira</i>		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO <i>5/N</i>	DATA <i>14 1 07 1</i>	
TIPO <i>Fixação Externa de Tibia "E"</i>		CIRURGIA			
		INICIO <i>23:20</i>	FIM <i>00:20</i>	TEMPO DE DURAÇÃO TEMPO TOTAL	
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR <i>Res. Eder</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. Eudes</i>	RES. ANESTESIA: <i>Res. Danielle</i>			
2º AUXILIAR <i>Res. Marcos</i>	INSTRUMENTADOR <i>Res. Bruno</i>	CIRCULANTE <i>Cristiane e Hilma</i>			
TIP. ANESTESIA: <i>Raque</i>	TEMPO DE DURAÇÃO:				
Q. R.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<i>1000</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	<i>500ml</i>
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>3</i>	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>4</i>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>3</i>	LÂMINA BISTURINº <i>15</i>			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
<i>2</i>	SERINGA 03ML			<i>Agulha B/ raque</i>	
<i>2</i>	SERINGA 05 ML			<i>Eletródos</i>	
<i>3</i>	SERINGA 10ML		<i>5</i>	<i>cover de O2</i>	
	SERINGA 20ML		<i>1</i>	<i>Equipo microscopos</i>	
			<i>1</i>	<i>Atadura de crepom</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Alessandra e Stefanie</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS			VAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

13 MAR. 2019

SECRET

SAII - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: Dagmar da Silva Oliveira

DADOS PRE-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				PÓS-OPERATÓRIO			
Data	Idade	Sexo	Profissão	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início da Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais
14/7/18	44	M		22h45	22h50	22h50	23h00	23h00	Procedimento: Incisão extensora	Localização: tubal	3h: 110/70/90 15: 110/70/90 30: 110/70/90 45: 110/70/90 2h: 110/70/90 3h: 110/70/90 4h: 110/70/90 5h: 110/70/90
Diagnóstico: Anestesia: Sinais Vitais:				Cirurgia Realizada: Anestesia: Sinais Vitais:				Saida S.O.: Cirurgia Realizada: Anestesia: Sinais Vitais:			
Exames: Hemograma: Coagulograma: Função Renal: Função Hepática:				Exames: Hemograma: Coagulograma: Função Renal: Função Hepática:				Exames: Hemograma: Coagulograma: Função Renal: Função Hepática:			
Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:				Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:				Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:			
Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:				Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:				Sinais Vitais: Temperatura: Frequência Cardíaca: Pressão Arterial: Saturação de O2:			

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Dagmar dos Santos Oliveira
Responsável: Dr. Carlos

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Eduy David 22 Pouso 21

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identificação

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento: ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

OUTRO RISCO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONCLUIR

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM

FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual: Não

RISCO DE INFILTRAÇÃO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, a equipe anestésica está disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não ☐ Sim, o acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: [Assinatura] Hora: 14:00

SAFIR CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAR VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

Qual: Qual: 22:00 Hora: 22:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Não se aplica

Assinatura: [Assinatura] Hora: 14:00

SAFIR (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

Assinatura: [Assinatura] Hora: 14:00

13 MAR. 2019

13 MAR. 2019

Obv. 15.07.18

Ao bloco para programação cirúrgica

$f_{in} = 15.07$
 $\omega = 96.4 \text{ rad/s}$
 no. poles = 4
each pole has a phase shift of -90°

Pf: 08:00 h
 $M = 520 \times 8$
 $F_c = 300 \text{ rpm}$
 $f^* = 36.7 \text{ Hz}$
 $B = F$
 $G = F$

Technische Universität
 COENR-559231

NIR
Regulado
para leite
301-2
Regulação Interna

Regulacão In
Dr. Marcos Ayuar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1395

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

OS: 23.00 - PS: 120 x 7.5 x 10
for 23.00

Receitu emendado e DC, apertado em nome, 1.º de 1988

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: <i>Dagnor da Silva Alencar</i>					
AGNOSTIA					
ALERGIA		HAS	DM2		
LOADE		LEITO	<i>305-2</i>	DATA	<i>15/07/2018</i>
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				<i>SN</i>
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				<i>SN</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>12:18 24 PL</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>SN</i>
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
4	<i>Eufalato 1g 6/6h EV</i>				<i>24 20 02 08</i>
5					
6					
7					
8					
9					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
LEITIVO MÉDICA:					
CONTROLO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, EVOLUINDO, SEM ALTERAÇÕES					
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, BOM CORAÇÃO, HIDRATADO.					
SOLICITAÇÃO:					
SANGUE:					
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NÃO					
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
PAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr Odinochi Okemiri Residente de Ortopedia e Traumatologia
08 H					
12 H	<i>120/70</i>	<i>105</i>	<i>—</i>	<i>36.5°C</i>	
16 H					
20 H					

1 no ar do Dagnor da Silva

*12 hs de dor: 370mg
feito 2UI de IR C.P.
T. G.*

13 MAR. 2019

13 MAR. 2010

301-2

1517

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR		
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Dagnor do Nêvo Almeida					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS						
IDADE	HAS	NEGA	DM2	S/N		
ITEM	LEITO	301-2	DATA	16/07/20		
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE P/ DM					3N12
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia					
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h					
4	TILATIL 20mg 12/12hs S/N					18/02/08 (14)
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					12/18/24/06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					Am
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS (S/N)					Am
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					Am
10	SSV + CCGG 6/6 H					Am
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIARIO					
15	Mefenâmico 500mg 12/12h VO					18/02/08
16	Dextro 600mg					12
17	Clonazepam 1mg EV 6/6h					12/24/06
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					22/20 4 UN 1.2
VOLUÇÃO MÉDICA:						
Ao bloco para programação cirúrgica						

SINAIS VITAIS	PA	P	DEXTRO	T
6 H				
12 H				
18 H	PA: 140x90	P: 85	293 mg/dl	36.7°C
24 H				

22H PA = 140x90 mmHg
P = 85 BPM
T = 36.7°C
DEXTRO = 293 mg/dl
Cledvania Digenes Chaves
Imagem
CRM-RR 052.135

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Cledvania Silva Costa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 891.651-TE

13 MAR. 2019

18:00 ms
PA: 130x80 mmHg
FC: 95 bpm
T: 36.0°C
Dextro 317 mg/dl
Feito 4UI INS R. cont. prescrito Cledvaniasc

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	Diagnóstico de Abner Alencar						
DIAGNÓSTICO							
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA 52m		
IDADE		LEITO	3059	DATA	17/07/13		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE <i>decolado</i>						SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia						18
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (<i>Depenso</i>)						-
4	TILATIL 20mg 12/12hs <i>S/N</i>						SND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>						12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						Sr
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						Sr
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS <i>24 08</i>						08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						Sr.
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG						Sr.
14	CURATIVO DIARIO						
15	<i>Cellmarcom 1g EV 12/12h</i>						08
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 6/6h</i>						12 18 24 06
17	<i>M. 2.000mg 8/8h VO</i>						12 18 24 06
18	<i>Clonazepam 0.5mg 12/12h VO</i>						08
19	<i>Voxpro 12 1350 06 2030</i>						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINÁ REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							

Ao bloco para programação cirúrgica

Se paciente estiver apático de observação após medicação das 24h

Dr. Mafog Aguiar
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.193

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	Diário
6 H				
12 H	110/59	87	36.5C	+
18 H	90x60	60	36.6C	
24 H	55x62	76	36.7C	+
06h			36.5C	+

148

301-2

401-4

401.4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Dagmar da Abn Alencar					
GNOSTIC						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE		LEITO	301-2	DATA	18/07/18	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL HVRE p/ DM					SND
2	AVP					
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SND
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					SND
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SND
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 8/6 H					
13	Clonidine 600g EV 6/6h					SND
14	Clonidine 80g EV 12/12h (Nupres)					SND
16						
SOLICITAR CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250; 2UI; 1-400 UI; 3-1-100; 5UI; 351-400; 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML						
CONDIÇÃO DE VIDA: BOM						
CONCLUSÃO MÉDICA:						
PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA IMAGEM S. Aguiar Residência Ortopedia e Traumatologia		
134x72	80	14	36.4°C			
140x80	64	—	36°C			
140x80	70	—	36.1°C			

17. Clonidine 80g EV 12/12h

13. Metformin 800g 12/12h

17. Glucosil 5g 12/12h

13. Dextro 66h 12/200 18/246. 28/302mg/dl 148mg/dl

2500 Adm. BUZIL

CPM. P. P. P.

Jaqueline Inácio Ferro

Aux. de Enfermagem

COREN-RR 556.273

15.45: PA: 130x80 mmHg
FC: 89 bpm 40: 36.4°C
Tec. enl. Eliaviana SC.

1800hs: PA: 130x90 mmHg
FC: 90 bpm 40: 36.4°C
Dextro 256mg/dl
Feito 2UI Ins. reg. SC Tec
enl. Eliaviana SC

NIR
Regulado
para leito
810 401-4 às 11:40hs.
Regulação Interna

13 MAR. 2019

13 MAR. 2019

4014



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE DAYMAR DA SILVA OLIVEIRA			
AGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQ			
ALERGIAS			
IDADE	44	HAS	DM2
LEITO	401-4	DATA	20/07/2018
PRESCRIÇÃO			
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL PARA DIABÉTICOS		
2	AVP		3:00
4	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS		noto
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		18 06
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N		
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		50
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
12	SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O		
14	SSVV + CCGG 6/6 H		06
15	CURATIVO DIÁRIO		10:00
16	GLIBENCLAMIDA 5MG VO 12/12HRS		20 06
17	METFORMINA 850MG 1 CP 1 X AO DIA DIPAC		20
18	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS		
19	DEXTRO C/6HRS 111 171 231		24 06
20			06
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RN

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TA
12 H	106/73	85	20	360
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia

13 MAR. 2019

401-4



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

IENTE Dagnat Da Silva Oliveira, 44 ANOS,
U ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 14, 07, 18, COM
GNÓSTICO DE fratura exposta osso 12 perna (E)
DIA 14, 07, 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fixação externa tibia (E) SENDO
ERADO PELO DR. Elder E DR. _____
CEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20, 07, 18 AS 12, 00h, EM
M ESTADO GERAL SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
M ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
RONEL MOTA NO DIA 06, 08, 18 AS 7, 30h, COM O
Elder

INDICAÇÕES GERAIS:

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

IENTE RESOLVE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Bruno

Dr. Odinechi O. Almeida
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1861/RN

13 MAR. 2019

Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	☒ INVALIDEZ PERMANENTE
		☐ MORTE	
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		446.894.622-91	Dagmar da Silva Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Dagmar da Silva Oliveira		446.894.622-91	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Professor	Rua: São Francisco	74	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centrao Verde	Bea Vista	RR	69
E-mail:	Tel (DDD):		
WUERRE@HOTMAIL.COM	(95) 99154-4282		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
☐ RECURSO INFORMAR			
☒ SEM RENDA			
☐ ATÉ R\$1.000,00			
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00			
☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00			
☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00			
☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
☐ ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:			
☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: Brasil			
AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 16.789 4			
(Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo			
Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não			
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não			
Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não			
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
TESTEMUNHAS			
1ª Nome: CPF:			
Assinatura:			
2ª Nome: CPF:			
Assinatura:			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Representante Legal (se houver)			
Assinatura do Procurador (se houver)			

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

446.894.622-91

Nome completo da vítima

Dagmar da Silva Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Dagmar da Silva Oliveira		CPF titular da conta 446.894.622-91	Profissão
Endereço Rua São Francisco		Número 721	Complemento
Bairro Cinturão Verde	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.312-347
Email dloirre@hotmail.com			Telefone (DDD) (95) 98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 13 de Maio, de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199960

Vítima: DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **DAGMAR DA SILVA OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000016789-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01219/01220 - carta_15R - INVALIDEZ

00030610





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1205.
Exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Dagmar da Silva Oliveira

CPF da Vítima

446 894 622-91

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 a 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BOA VISTA-PA 23 de maio de 2019

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7.087%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	14/7/2018 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	14/7/2018 a 3/5/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	291 dias	1,031416
Percentual correspondente	291 dias	3,141600 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 7.310,16
Juros(293 dias-10,20605%)	(+)	R\$ 746,08
Sub Total	(=)	R\$ 8.056,24
Valor total	(=)	R\$ 8.056,24

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	7.087,50
Data inicial	14/7/2018
Data final	1/5/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
14/7/2018	1/8/2018	0,3711 (%)	7.113,80
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	7.123,05
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	7.129,46
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	7.170,81
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	7.184,44
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	7.172,94
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	7.194,46
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	7.218,92
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	7.257,90
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	7.310,16

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(293 dias-10,20605%)	(+)	R\$ 746,08
Sub Total	(=)	R\$ 8.056,24
Valor total	(=)	R\$ 8.056,24

Retornar Imprimir