

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2631822720200211151422

Processo 0833855-27.2019.8.23.0010 - (111 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces Realçar Movimentos de: <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					
Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
Filtros Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor					
Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>					

30 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 30

500 por pág. **1**

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			
30	11/02/2020 15:14:22	Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		30.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJRU01.pdf	Público
		30.2 Arquivo: GUIA DE ARRECADACAO JUDICIARIA Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA			
29	06/02/2020 08:42:03	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 06/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020) e ao evento de expedição seq. 28.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
28	05/02/2020 14:25:07	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	LUIZ EUGENIO BRAMBILA Analista Judiciário
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO			
27	05/02/2020 14:25:07	Para advogados/curador/defensor de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 26) JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	LUIZ EUGENIO BRAMBILA Analista Judiciário
JUNTADA DE LAUDO			
25	31/01/2020 00:03:20	DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO (P/ advgs. de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO *Referente ao evento (seq. 7) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (04/12/2019) e ao evento de expedição seq. 9.	SISTEMA CNJ
JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE			
24	14/01/2020 09:17:28	DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO (P/ advgs. de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO *Referente ao evento (seq. 16) RETORNO DE MANDADO(09/12/2019) e ao evento de expedição seq. 18.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS			
23	18/12/2019 00:03:19	DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS (P/ advs. Perito Rogerio Leonardo da Paula Dias *Referente ao evento (seq. 17) DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS (09/12/2019) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ
22	17/12/2019 00:00:36	DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS (P/ advs. Perito Rogerio Leonardo da Paula Dias *Referente ao evento (seq. 17) DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS (09/12/2019) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08338552720198230010

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 **ANTONIA CELIA ALVES DE ARAUJO**, 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 NEXO CAUSAL

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista a divergência de informações quanto às circunstâncias do sinistro**.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO LAUDO PERICIAL

DA APURAÇÃO DE LESÃO DIVERSA AO SINISTRO

Outrossim, ultrapassada a alegação consistente na ausência de nexo causal, cabe ressaltar que a parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no ombro esquerdo com repercussão total (100%), efetuando o pagamento no valor de R\$3.375,00:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES Data do acidente: 20/05/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM FÍSICO: REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCritas NO EXAME FÍSICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no ombro esquerdo com repercussão intensa (75%) e lesão no polegar esquerdo com repercussão média (50%).

OCORRE QUE EM MOMENTO ALGUM A PARTE AUTORA COMPROVA QUE A LESÃO NO DEDO POLEGAR TENHA DECORRIDO DO ACIDENTE EM QUESTÃO, NÃO HAVENDO QUALQUER BOLETIM MÉDICO ATESTANDO QUE A PARTE AUTORA TERIA ADQUIRIDO LESAO EM TAL SEGMENTO APÓS O SINISTRO.

CONFORME OBSERVADO NOS AUTOS E NO PROCESSO ADMINISTRATIVO, A PARTE AUTORA COLACIONA SOMENTE BOLETIM MÉDICO ATESTANDO LESÃO NO OMBRO ESQUERDO!!!

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO POLEGAR ESQUERDO DA PARTE AUTORA SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O OMBRO ESQUERDO, JÁ INDENIZADO EM 100% ADMINISTRATIVAMENTE.

ASSIM, SENDO DETECTADA A FALHA PRESENTE NO LAUDO PERICIAL, REQUER A TOTAL IMPROCEDÊNCIA DA AÇÃO TENDO EM VISTA QUE A ÚNICA LESÃO ACOMETIDA À PARTE AUTORA DECORRENTE DO SINISTRO DISCUSIDO JÁ FORA INDENIZADA EM SEDE ADMINISTRATIVA.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 7 de fevereiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000036079-4

Nr. da Autenticação 7D4F1CDB332E1F50



Eletrobras
Distribuição Roraima

Electrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Elio Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | IE: Estado: 24.007.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Receio, nicial de imposto autorizada pela BEF/FAZ 360/13
Nº da Nota Fiscal 002684648
A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

SEU CÓDIGO

0093231-0

ABBTI / 2019 10/05/2019 482 424,61

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
R. ESCORPIOAO 37 CIDADE SATELITE
CPF: 00038264935249
CEP: 69.317-500 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.11.449800

DADOS DA UNIDADE		DATA DA SÉTIMA	
	53321		11/04/2019
Atual:	52839		13/03/2019
Anterior:	1.000		14/05/2019
Constante de Multiplicação:	482		Próxima Leitura:
Consumo Médio:	482	FCAM	10/04/2019
Consumo Estimado:			Emissão:
			11/04/2019
			Agrupamento:
			20

NORMAL

Classificação	Ligações	Número Móvel	Posto	Código Paf.	Média 12 meses
Classe B/Subclasse Cabeleado Fiação	PT	28.21644	0 1424858	1.1.1.2	436

Mês/Ano	Consumo	Despesa da Cota
Máximo consumo		
MAR/19	494	0,18
FEV/19	499	2,98
JAN/19	418	1,57
DEZ/18	414	0,46
NOV/18	606	6,77
OUT/18	591	5,93
SET/18	433	25,55
AGO/18	488	
JUL/18	423	
JUN/18	463	
TOTAL 2018	482	790945 =
	482	381,23
	482 - 0,634220	

ÁREA DE SINISTROS - DPWAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Mr. Gaudino, 1000 Broadway, 444 - New York - 20

DEBITOS DE REAVIVADOS
Mes/Año Valor R\$ 02/2019 433,95 Informações existentes dentro dos arquivos na pasta de si-
*****.txt gerados no mesmo dia da data referida. Neste caso o débito é de
debitos de faturamento feitos em 2019. Pode ser que os débitos
estabelecidos de Eletronobras fiquem incorretos em 2019.
e mantenha o pagamento.

FIGUE 01007019170 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

106-112 113-119 235-276

www.EasyEngineering.net

RESUMO DO FICHO		DETALHAMENTO	
RESUMO DA FICHA		DETALHAMENTO	
Distribuição:	200,79	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	64,80
Torreariação:	10,43	Valor do ICMS:	1,64
Encargos:	75,33	Valor do PIS:	8,69
Tributos:		Valor do COFINS:	

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99

1,50 7,00 0,28

02/2019

2023-24-11-449509

1-055393192

TOTAL PAY **424,61**

Eletrobras
Distribuição Roraima



SFA: 00032 UC: 0093231-0 DT.LEIT.: 11/04/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 53321 NORMAL TOTAL: 424,61 CARGA: 010
DT.VENC.: 10/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1181

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, RAIDON GOMES NASCIMENTO

RG nº 3651533

, data de expedição 27/04/13

Órgão SSP/RR

, portador do CPF nº 012 896 932 69

com domicílio na cidade de

BOA VISTA

, no Estado de

RORAIMA

, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. TEUNA CAVALCANTE

, nº 817

complemento _____

, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTÔNIA CÉLIA AHUES GUIMARÃES

, cujo o condutor era

ANTÔNIA CÉLIA AHUES GUIMARÃES

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE

Ano: 2018

Placa: NAQ7046

Chassi: 9C2ND1110JR101381

Data do Acidente: 20/05/19

Local e Data:

BOA VISTA, 27/10/2019

* RAIDON GOMES NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

{ caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro }

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Batista, 404 - Boa Vista - RR



CARTÓRIO LOUREIRO

AV. VILH. RIBEIRO, Nº 5634 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (65) 308-6097 - ATENDIMENTO: CARTÓRIOLOUREIRO.CT04.RR

DR. JOZIEL LOUREIRO

TARELÁO E REGISTRADOR

REC-VERDADEIRA a(s) assinatura(s).

CNPJ: 44.000.440/0001-40 - RAIDON GOMES NASCIMENTO

CPF: 365.153.3

RG: 3651533

AVG: Em testemunho da verdade Boa Vista, 03/07/2019

Endr: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, ISS: 0.10, Vlr Sel: 1.5

Selo: RECFIR158345CGP3TKSK17U56L86

Consulte seu selo: <https://cidadao.portaislorr.com.br>

CPF Solicitante: 01289893269

Thais Coutinho Weber
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

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

1^a Classificação Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

1901112125 20/05/2019 11:37:30

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIURNO 07-19 17

Paciente

ANTONIA CELIA ALVES DE GUIMARAES

Tipo Doc Documento

IDENTIDADE 122298

Mãe

EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO

Endereço

RUA - UNIVERSO - 1587 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR

Data Nascimento

08/01/1976

Órgão Emissor Data Emissão

SSP/RR 29/10/2007

Sexo F

Estado Civil CASADO(A)

PARDA

Idade

43 A 4 M 12 D

CNS

708906767408516

CPF

38264935249

Prontuário

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

Paiz JOSE RIBAMAR DE ARAUJO

Contato

(95) 99157-8369

Ocupação
NÃO INFORMADA

Endereço

JOSE RIBAMAR DE ARAUJO

Contato

(95) 99157-8369

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTÂNEA

Nº da Carteira

Profissional do Atend.

Procedência

Procedimento Sol.

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

ACIDENTE DE MOTO

Setor

GRANDE TRAUMA

Queixa Principal

Síndrome Febril

Sintomático Respiratório

Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

A + VAP + Cola (utro); B + muco expno. pruínico

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

C + O / mcs de sfto ofto; D + ECG: ss; R + R +

Hipótese Diagnóstica

</div

Pef - CT

Seal de uso
para fiscal

C.D. Jefes
Ley, lo te



J.H.



BLOCO D

PLTB 23.05.19

 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

Antônio Célio Alves Guerra

6 - N° DO PRONTUÁRIO

0080194

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701891016761341018151116

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/1976

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO PESSOAS VEL

EX Redinha da silva ALVES DE ARAUJO 95991164813169

RUA - UNIVERSO - 1587 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA PR

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fadiga da febre (c)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

(Av. Capital, Jd. Botânicos, 404 - Boa Vista - RR)

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

Rt + 6 mm fiso

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

Fadiga fatica fuso muscular (c)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

() CNS

() CPF

28 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Fábio Célio R.

10/05/19



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	<i>Homem de 60 anos de idade, fumante</i>			
AGNÓSTICO	<i>Nasceru mas não sabe</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SNP</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			<i>mante</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			<i>SN 19:13</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			<i>(12) 18 29:06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			<i>06:12</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			<i>22:00 14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>sn</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			<i>28/29:06/12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			<i>22:10</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>Retina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO			<i>M</i>
15				
16				
17				
18	<i>Regulador para leito</i>			
19				
20				
21	<i>Boco D - 02</i>			
<i>Revisão ao final da</i>				

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

ÁREA DE SINISTROS - DPNT

ESTADO NÃO VERIFICADO

19/13 - 60x40mm esp.

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA SIA

Av. Capitão João Batista, 464 - Bela Vista - RR

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO: RX # CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/76	84	18	36
18 H	135/74	86		
24 H	121/74	80	18	36

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Jan 19/06

20:45h - Apurado ssvv,

P.A. 120/81 P-88

R 20 + 30 - 30m

103-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Estadual do Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Antônio César Alves Guerreiro</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	<i>403-2</i>	DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1 DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO					<i>S/0</i>
3 SF 0,9% 500ML EV S/N					<i>Maintec</i>
4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H					<i>12:00-20:00</i>
5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					<i>15:00-20:00</i>
6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					<i>15:00-20:00</i>
7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					<i>15:00-20:00</i>
8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					<i>15:00-20:00</i>
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					<i>15:00-20:00</i>
10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					<i>15:00-20:00</i>
11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					<i>15:00-20:00</i>
12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					<i>15:00-20:00</i>
13 SSVV + CCGG 6/6 H					<i>SSV</i>
14 CURATIVO DIÁRIO					<i>M</i>
15					
16					
17					
18					
19					03 SET 2019
20					
21					
ÁREA DE SINISTROS - INPAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
CENTRE SEGURADOR BRASIL <i>In Cambio Nôo Somos Nôo Nôo Nôo</i>					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICRÍTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO : RX: # CONDUTA - MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
 # PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ortopedista/Traumatologista
 CRM/RR 1615 / RQE: 684

SINAIS VITAIS				9
6 H	PA	FC	FR	
12 H	115/74	95	18	36,3°
18 H	120/70	93	19	36,2°
24 H	110/70	90	18	36,4°

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

00 20933 86 36,4°C
 13 às 19 horas → Realizados curados
 de enxugagem. Adm. medicação cpm.

*José Antônio Maia da Silva
 CORPO 07-5002 AE*

403-2

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 20/05/2019 DIH DN #####

PACIENTE ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES

DIAGNÓSTICO FX UMERO PROXIMAL E (COLO E TM)

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 43 LEITO 403-2 DATA 22/05/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SN

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO master

3 CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H 16 24 08

4 GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA 90

5 DIPIRONA 2ML EV 6/6 02/06/2019 18 24 06 12

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA SN

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) SN

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N SN

9 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) SN

10 SSVV + CCGG 6/6 H Rotina

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG SN

14

15

16

17

18 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

19 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

20 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Obeço ao 02-2019 paciente 15:00 hs.
 dor na região das costas e
 ombros, feita medicação CPN.

Obs: Paciente presente às

15:00 hs.

Referência

CPN

Francisco Almeida Ribeiro

COREN-RR 353.432 - ENF

SINAIS VITAIS	P.A.	P	R	TAV.
6 H	138/66	60	-	36.1°
12 H				
18 H	140/80	78	19mm	35.9°C
24 H	129x85	/92	/	35.6°

Dr. Fernando Rezende

LIGA DE SINISTROS - DPMT

Vice-Presidente da LIGA DE SINISTROS - DPMT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

FIRME

03 SET 2019

403-2

ÁREA DE SINISTROS - DP HGR
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
03 SET 2019 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. César Célio Batista, 404 - Boa Vista - RR**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Antônio Felis Alves Pimentel, 63 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10/05/17, COM
 DIAGNÓSTICO DE Fratura de Ossos Pivôantes (6)

NO DIA 11/05/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
 SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/05/17, AS 12,00hs, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 06/06/17, AS 13,00hs, COM O
 DR. Patrick

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odinachi Okemba

BOA VISTA, 11/05/17

Dr. Odinachi Okemba
 Médico Especialista
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM: 1851/RR

MÉDICO



Nome **ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES**
Data: 22/05/2019 Idade: 43A Procedência: HGR
Médico Solicitante: EMIR SYGLA

Cód. Pac.: 57539

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação

- Trauma.

Relatório

- Fratura cominutiva na cabeça/colo femoral, com desalinhamento quase total /impactação ao nível do colo cirúrgico, associada a angulação da cabeça e relação ao úmero proximal. Relação cabeça umeral e glenóide preservada.
- Derrame articular glenoumral. Presença de focos gordurosos no interior do recesso adjacente.
- Articulação acromioclavicular preservada.
- Demais estruturas ósseas preservadas.
- Edema subcutâneo margeando a musculatura do deltóide, podendo estar relacionado a estiramento muscular adjacente.
- Demais estruturas musculares sem alterações significativas.



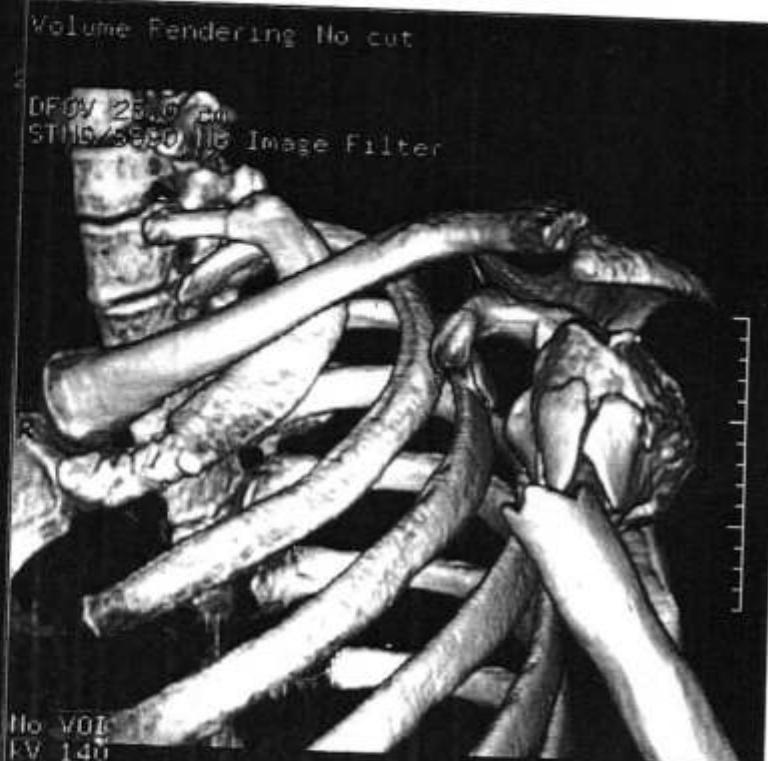
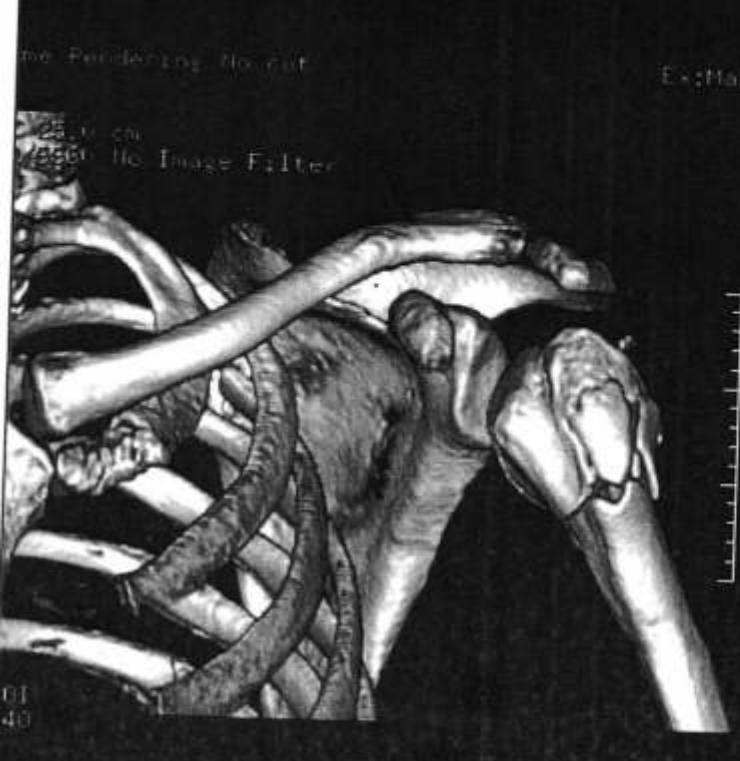
Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

CRM 1232

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



1/1.25sp

Patient ID:
age:

57539
43Y

Patient Name:
Sex:

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
F

W: 0 L: 0

1 / 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS,
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL
1653640699

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
122298 SSP RR

CPF
382.649.352-49 DATA NASCIMENTO
08/01/1976

FRAÇÃO
JOSE RIBAMAR DE ARAUJO

EXPEDITA DA SILVA
ALVES DE ARAUJO

PERMISSÃO ACC CATMAB AB

Nº REGISTRO 04608556290 VALEDADE 24/05/2023 HABILITAÇÃO 04/10/2011

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

PROIBIDO PLASTIFICAR
1653640699

LOCAL BOA VISTA, RR
ANTONIO FRANCISCO RESERVA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR
ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
20/07/2018
64564190492
RR209668938

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303956/19

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

CPF: 382.649.352-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2019

Titular do CPF: ANTONIA CELIA ALVES
GUIMARAES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES : 382.649.352-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Jeóforo Braga, 404 - Boa Viagem - PE

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2019
Nome: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
CPF: 382.649.352-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES Data do acidente: 20/05/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES Data do acidente: 20/05/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000036079-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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



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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRIATAS NO EXAME FÍSICO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190512781
Nome do(a) Examinado(a): Antonia Celia Alves Guimaraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Escorpião, 37 Prox. A Material de Construção Satélite
Cidade Satélite Boa Vista RR CEP: 69317-500
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 122298
Data local do acidente: [20/05/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MSE: FRATURA NO ÚMERO

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

Tratamento: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSENCIA DE MATERIAL NO SERVICO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPÓIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019

Complicações: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + AUSENCIA DE FORÇA MOTORA DO MÉMBRO + AUSENCIA DO MOVIMENTO DE PINÇA/APRENSÃO DA MÃO

Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA

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

Sim Não

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

Sim Não

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

MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo 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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

TC OMBRO E(22/5/19): FRATURA COMINUTIVA NA CABEÇA /COLO FEMORAL (NA VERDADE É ÚMERAL)

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032

Reboucas
Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

38264935249 ANTONIA CEHA A GUIMARÃES

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

ANTONIA CEHA ALVES GUIMARÃES

6 - CPF:

38264935249

7 - Profissão:

SERVIÇOS GERAIS

8 - Endereço:

R. ESCORPIÃO

9 - Número:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CID. SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317500

15 - E-mail:

96 - Telefone:

95991578369

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00036079 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

03 SET 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim Não
 Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar
nascituro (vainascer)?

30 - Vítima deixou
nascituro (vainascer)?

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não
 Vivos: Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar
nascituro (vainascer)?

33 - Vítima deixou
país/avós vivos?

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 02/10/2019.

Antonia Céha Alves Guimaraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

545251

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 121/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/06//2019

COMUNICANTE: ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

RG: 122298

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 38264935249

ENDERECO: RUA – ESCORPIÃO, 37

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS

NATURALIDADE: BARRA DO CRODA

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1976 IDADE: 43 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: CASADO

TELEFONE: 99157-8369

Nº REG. CNH: 04608556290

NOME DO PAI: JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO

NOME DA MÃE: EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAÚJO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 10h30min do dia 20/05/2019,
NA AVENIDA DOS IMIGRANTES COM RAIMUNDO PENA FORTE.

A comunicante acima qualificada compareceu nesta Delegacia para relatar que seguia no endereço acima citado na **MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PLACA NAQ-7046, DE COR VERDE, ANO 2018/2018, CHASSI 9C2ND1110JR101381, RENAVAM 01154933889 DE PROPRIEDADE DO SENHOR RAIDON GOMES NASCIMENTO**; Quando a comunicante foi surpreendida por um veículo desconhecido que vinha pela Rua RAIMUNDO PENA FORTE e que o mesmo não obedeceu a Placa de Sinalização; Que a comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local prestando os primeiros socorros e levando ALGIA EM OMBRO ESQUERDO, ALGIA LOMBAR E FRATURA NO DEDO POLEGAR ESQUERDO; Que esse registro é para fins de SEGURO DPVAT; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Antonia Célia Alves Guimaraes
ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e cliente 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."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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



Q	SUPAT		
AGENTE CARACTERISTICO DE POLICIA CIVIL	Givanildo da Silva Vieira Mat. 0420008519		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ASI:

3 - CPF do titular:

38264935249 ANTONIA CEWA A GUIMARÃES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FONTE DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE) - GAL - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012

4 - Nome completo:

5 - Profissão:

6 - Endereço:

7 - CPF:

8 - Município:

SERV GERAIS

9 - Cidade:

9 - Município:

10 - Complemento:

CID. SANTANA

BOA VISTA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Bairro:

14 - Cidade:

15 - E-mail:

16 - Cidade:

17 - CPF:

18 - Cidade:

19 - Cidade:

20 - Cidade:

21 - Cidade:

22 - Cidade:

23 - Cidade:

24 - Cidade:

25 - Cidade:

26 - Cidade:

27 - Cidade:

28 - Cidade:

29 - Cidade:

30 - Cidade:

31 - Cidade:

32 - Cidade:

33 - Cidade:

34 - Cidade:

35 - Cidade:

36 - Cidade:

37 - Cidade:

38 - Cidade:

39 - Cidade:

40 - Cidade:

41 - Cidade:

42 - Cidade:

43 - Cidade:

44 - Cidade:

45 - Cidade:

46 - Cidade:

47 - Cidade:

48 - Cidade:

49 - Cidade:

50 - Cidade:

51 - Cidade:

52 - Cidade:

53 - Cidade:

54 - Cidade:

55 - Cidade:

56 - Cidade:

57 - Cidade:

58 - Cidade:

59 - Cidade:

60 - Cidade:

61 - Cidade:

62 - Cidade:

63 - Cidade:

64 - Cidade:

65 - Cidade:

66 - Cidade:

67 - Cidade:

68 - Cidade:

69 - Cidade:

70 - Cidade:

71 - Cidade:

72 - Cidade:

73 - Cidade:

74 - Cidade:

75 - Cidade:

76 - Cidade:

77 - Cidade:

78 - Cidade:

79 - Cidade:

80 - Cidade:

81 - Cidade:

82 - Cidade:

83 - Cidade:

84 - Cidade:

85 - Cidade:

86 - Cidade:

87 - Cidade:

88 - Cidade:

89 - Cidade:

90 - Cidade:

91 - Cidade:

92 - Cidade:

93 - Cidade:

94 - Cidade:

95 - Cidade:

96 - Cidade:

97 - Cidade:

98 - Cidade:

99 - Cidade:

100 - Cidade:

101 - Cidade:

102 - Cidade:

103 - Cidade:

104 - Cidade:

105 - Cidade:

106 - Cidade:

107 - Cidade:

108 - Cidade:

109 - Cidade:

110 - Cidade:

111 - Cidade:

112 - Cidade:

113 - Cidade:

114 - Cidade:

115 - Cidade:

116 - Cidade:

117 - Cidade:

118 - Cidade:

119 - Cidade:

120 - Cidade:

121 - Cidade:

122 - Cidade:

123 - Cidade:

124 - Cidade:

125 - Cidade:

126 - Cidade:

127 - Cidade:

128 - Cidade:

129 - Cidade:

130 - Cidade:

131 - Cidade:

132 - Cidade:

133 - Cidade:

134 - Cidade:

135 - Cidade:

136 - Cidade:

137 - Cidade:

138 - Cidade:

139 - Cidade:

140 - Cidade:

141 - Cidade:

142 - Cidade:

143 - Cidade:

144 - Cidade:

145 - Cidade:

146 - Cidade:

147 - Cidade:

148 - Cidade:

149 - Cidade:

150 - Cidade:

151 - Cidade:

152 - Cidade:

153 - Cidade:

154 - Cidade:

155 - Cidade:

156 - Cidade:

157 - Cidade:

158 - Cidade:

159 - Cidade:

160 - Cidade:

161 - Cidade:

162 - Cidade:

163 - Cidade:

164 - Cidade:

165 - Cidade:

166 - Cidade:

167 - Cidade:

168 - Cidade:

169 - Cidade:

170 - Cidade:

171 - Cidade:

172 - Cidade:

173 - Cidade:

174 - Cidade:

175 - Cidade:

176 - Cidade:

177 - Cidade:

178 - Cidade:

179 - Cidade:

180 - Cidade:

181 - Cidade:

182 - Cidade:

183 - Cidade:

184 - Cidade:

185 - Cidade:

186 - Cidade:

187 - Cidade:

188 - Cidade:

189 - Cidade:

190 - Cidade:

191 - Cidade:

192 - Cidade:

193 - Cidade:

194 - Cidade:

195 - Cidade:

196 - Cidade:

197 - Cidade:

198 - Cidade:

199 - Cidade:

200 - Cidade:

201 - Cidade:

202 - Cidade:

203 - Cidade:

204 - Cidade:

205 - Cidade:

206 - Cidade:

207 - Cidade:

208 - Cidade:

209 - Cidade:

210 - Cidade:

211 - Cidade:

212 - Cidade:

213 - Cidade:

214 - Cidade:

215 - Cidade:

216 - Cidade:

217 - Cidade:

218 - Cidade:

219 - Cidade:

220 - Cidade:

221 - Cidade:

222 - Cidade:

223 - Cidade:

224 - Cidade:

225 - Cidade:

226 - Cidade:

227 - Cidade:

228 - Cidade:

229 - Cidade:

230 - Cidade:

231 - Cidade:

232 - Cidade:

233 - Cidade:

234 - Cidade:

235 - Cidade:

236 - Cidade:

237 - Cidade:

238 - Cidade:

239 - Cidade:

240 - Cidade:

241 - Cidade:

242 - Cidade:

243 - Cidade:

244 - Cidade:

245 - Cidade:

246 - Cidade:

247 - Cidade:

248 - Cidade:

249 - Cidade:

250 - Cidade:

251 - Cidade:

252 - Cidade:

253 - Cidade:

254 - Cidade:

255 - Cidade:

256 - Cidade:

257 - Cidade:

258 - Cidade:

259 - Cidade:

260 - Cidade:

261 - Cidade:

262 - Cidade:

263 - Cidade:

264 - Cidade:

265 - Cidade:

266 - Cidade:

267 - Cidade:

268 - Cidade:

269 - Cidade:

270 - Cidade:

271 - Cidade:

272 - Cidade:

273 - Cidade:

274 - Cidade:

275 - Cidade:

276 - Cidade:

277 - Cidade:

278 - Cidade:

279 - Cidade:

280 - Cidade:

281 - Cidade:

282 - Cidade:

283 - Cidade:

284 - Cidade:

285 - Cidade:

286 - Cidade:

287 - Cidade:

288 - Cidade:

289 - Cidade:

290 - Cidade:

291 - Cidade:

292 - Cidade:

293 - Cidade:

294 - Cidade:

295 - Cidade:

296 - Cidade:

297 - Cidade:

298 - Cidade:

299 - Cidade:

300 - Cidade:

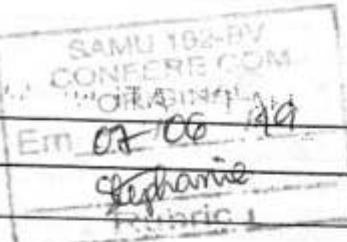
301 - Cidade:

302 - Cidade:

303 - Cidade:

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 464 - Boa Vista - RR



PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:			
	Nome do Receptor:			
	Função do Receptor:			
	Assinatura do Receptor:			
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:			
	Assinatura do Paciente:	RG:		
	TESTEMUNHA 01:	RG:		
	TESTEMUNHA 02:	RG:		

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes			<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva			
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.			<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante			
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s			<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca			<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas		
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougle	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical			<input type="checkbox"/> Curativos		
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock			<input type="checkbox"/> Parto vaginal		
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa			<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência		
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes			<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação		
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED			<input type="checkbox"/> Outros:		
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 20	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para colisão moto x carro, ao chegarmos no local encontramos vítima em decúbito ventral, após retirada de capacete, foi realizado roteamento de 360 em etapas, com segurança do cervical. Após avaliação sobrédos foi contatado provedor fixador em MSE, algia em ombro erguido + algia lombor. Realizado QTW com a regulagem que orientou analgesia + transporte ao G.T de HGR.


Dr. Silvana Rodrigues Leop
COREN - RR 001.723 TE

Materiais: