

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:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
	30	11/02/2020 15:14:22 <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (05/02/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
30.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJUR01.pdf	Público
30.2	Arquivo: GUIA DE ARRECADACAO JUDICIARIA	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
29	06/02/2020 08:42:03	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (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 <b>Procurador</b>
28	05/02/2020 14:25:07	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 <b>Analista Judiciário</b>
27	05/02/2020 14:25:07	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> 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 <b>Analista Judiciário</b>
	26	05/02/2020 14:24:54 <b>JUNTADA DE LAUDO</b>	LUIZ EUGENIO BRAMBILA <b>Analista Judiciário</b>
25	31/01/2020 00:03:20	<b>DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO</b> (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
	24	14/01/2020 09:17:28 <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
23	18/12/2019 00:03:19	<b>DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO</b> (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.	SISTEMA CNJ
22	17/12/2019 00:00:35	<b>DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS</b> (Per. Perito Rogério Leonardo de Paula Dias *Referente ao evento (seq. 15) RETORNO DE MANDADO(09/12/2019) e ao evento de expedição seq. 18.	SISTEMA CNJ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª 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 pericia 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 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 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 LESÃO 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 DISCUTIDO 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

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CODIGO

0093231-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 991 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-5)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEPAP 360/10

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.

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

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

ROT: 32.001.24.11.449800

DADOS DA LITURA	CONSUMO	DATA DA LITURA
Atual: 53321		11/04/2019
Anterior: 52839		13/03/2019
Constante de Multiplicação: 1,000		Anterior: 14/05/2019
Consumo Medido: 482	FCAM	Próxima Litura: 10/04/2019
Consumo Faturado: 482		Emissão: 11/04/2019
		Apresentação: 29

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2821644	0 1424858	1.1.1.2	436

DEBITOS JÁ RELEVADOS	DEBITOS A PAGAR
MAR/19 494	CONSUMO 482 A R\$ 0,790945 = 381,23
FEV/19 499	CORRECAO MONETARIA DA 01/19-00 0,18
JAN/19 418	CORRECAO MONETARIA IG 01/19-00 2,98
DEZ/18 414	MULTA POR ATRASO DE I 01/19-00 1,57
NOV/18 606	JUROS DE MORA POR ATR 01/19-00 0,46
OUT/18 591	MULTA POR ATRASO 01/19-00 6,71
SET/18 433	JUROS DE MORA DE IMPO 01/19-00 5,93
AGO/18 488	ILUMINACAO PUBLICA 25,55
JUL/18 423	
JUN/18 463	
TARIFA DE TRIBUTOS: 8 A 482 - 0,634620	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Ene Garcez, 404 - Boa Vista - RR

DEBITOS JÁ RELEVADOS  
Mes/Ano Valor R\$  
02/2019 433,95

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO  
0000.6358.7094.D8C2.13A8.8390.2E57.8276

COMPENSADO	IMPORTE
Distribuição: 200,79	Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 64,80
Transmissão: 10,43	Valor do ICMS: 1,84
Encargos: 75,33	Valor do PIS: 8,69
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CUSTOS	VALORES
9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99	
1,50 7,00 0,28	
FLORESTA	02/2019 163,72
ROT: 32.001.24.11.449800	

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez 991 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-5)

SEU CODIGO  
0093231-0

MES FATURADO  
04/2019

VENCIMENTO  
10/05/2019

002684648 FCAM

83600000004 1 24610075000 8 00000000003 5 23100419000 9

4FA: 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](http://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. TELMA 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

ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

cujo o condutor era

ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE

Ano: 2018

Placa: NAQ7046

Chassi: 9C2ND1110JR101381

Data do Acidente: 20/05/19

Local e Data:

BOA VISTA, 27/05/2019.

RAIDON GOMES NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)







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

1ª Classificação/Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Justo  
CVC  
ATF

1901112125 20/05/2019 11:37:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente: ANTONIA CELIA ALVES DE GUIMARAES  
Data Nascimento: 08/01/1976 Idade: 43 A 4 M 12 D  
Tipo Doc: Documento: 122298 Orgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 29/10/2007 Sexo: F Estado Civil: CASADO(A) Parda Raça/Cor: Naturalidade: Naturalidade: Brasileira  
Mãe: EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO  
Endereço: RUA - UNIVERSO - 1587 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR  
Contato: (95) 99157-8369  
Ocupação: NÃO INFORMADA

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

Queixa Principal: *traço pelo samu/tombou após colisão com moto x carro;*  
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Ao VAP+ Colu(utro); B o mu @ oxeno. puída*  
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) *Co o / mus de syto otuo; Do ECG ss; RAK @*

Exame Físico: *E o o / mus de syto otuo; deformidade em M S @*

Hipótese Diagnóstica:

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

PRESCRIÇÃO: *diprazo 20 @ oxeno*  
*Kefop 1g @ oxeno*

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 SET 2019

Conduta:  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para: *0250 PPM*  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Carimbo e Assinatura do Médico: *Dr. Fernando André...*  
Impresso por: cassio.lima  
Data Hora: 20/05/2019 11:38:26





Perf. CF

Salve se em 10 (E)

para o pessoal

CD: Juba

de, 10 + 1



*[Handwritten signature]*

AVO: ATG	
Not: 254675	
a 20/05/19	
Notificador	

BLOCOD

DLT 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

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

EXEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO

RUA - UNIVERSO - 1589 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA PR

08/01/1976

95991157813169

PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - PR

0308010019

5422 T068

V299

403-02



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Antônio Celso de Almeida Lima</i>			
AGNÓSTICO <i>Antônio</i>			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO	
1		DIETA ORAL LIVRE	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3		SF 0,9% 500ML EV S/N	
4		DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5		OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7		NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13		SSVV + CCGG 6/6 H	
14		CURATIVO DIÁRIO	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
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

20:45h - Afundossu,  
P.A. 120/81 P-88  
R 20 + 36 - 36



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



103-2

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Antonio Celso Alves Guimarães</i>					
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	403-2	DATA	21-05-19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				12/18/24/0
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				12/18/24/0
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12/18/24/0
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				12/18/24/0
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12/18/24/0
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				12/18/24/0
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12/18/24/0
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12/18/24/0
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12/18/24/0
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12/18/24/0
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12/18/24/0
13	SSVV + CCGG 6/6 H				12/18/24/0
14	CURATIVO DIÁRIO				12/18/24/0
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

ÁREA DE SINISTROS - SPUNT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

CENTE SEGURADORA SIA  
Av. Capitão João Batista, 461 - Boa Vista - RR

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.  
# SOLICITADO: RX: # CONDUITA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	115/74	95	18	36,3°
18 H	120/70	93	19	36,4°
24 H	120/73	86		36,4°


MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13 às 14h00 - Realizados cuidados de enfermagem. Adm. medicação cpm.

Vanessa Maia de Silva  
CRM-RR 47.582-AE



403-2

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>GOVERNO DE RORAIMA</b> <b>Hospital Geral de Roraima</b>					
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>20/05/2019</b>		<b>DIH</b>	
<b>PACIENTE</b>		<b>ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES</b>			
<b>DIAGNÓSTICO</b>		<b>FX UMEMO PROXIMAL E (COLO E TM)</b>			
<b>ALERGIAS</b>		<b>HAS</b>		<b>DM2</b>	
<b>IDADE</b>		<b>43</b>		<b>LEITO</b>	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				16:24 08
4	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				9:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				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					
19	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b> 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
20	351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b> 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

Obs: ao 02:20h Paciente apresenta dor na região das costas e ombros, feita medição LPM.

Obs: Paciente presente às 15:00h.

Francisco Alencar Rodrigues  
COREN-RR 353.432 - ENF

	P.A.	P	R	TA.
<b>SINAIS VITAIS</b>	138/60	60	-	36.1
<b>6 H</b>				
<b>12 H</b>				
<b>18 H</b>	130/80	78	29mpm	35.9°C
<b>24 H</b>	129x85	192	35.6	

Mirovan da C. Buena  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 548.477

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia  
19/05/2019

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

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

ÁREA DE SINISTROS - DPV - HGR  
CONTEUDO 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**  
R. Conselheiro João Batista, 404 - Boa Vista - I

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Antonia Celso Alves Guimarães, 13<sup>os</sup> ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10 / 05 / 17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Leishmaniose Cutânea

NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
\_\_\_\_\_  
SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 23 05 / 19, ÀS 12,00h, EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 06/06/19, ÀS 13,00h, COM O  
DR. Dafrek

### 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. *W. Nelson*

BOA VISTA.

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RN

**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 glenoumeral. 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

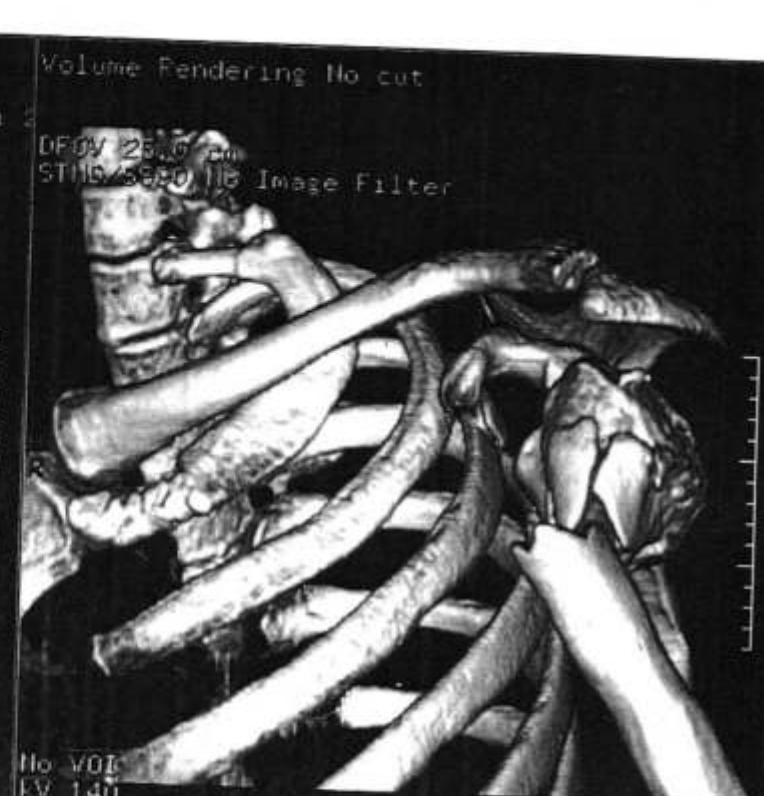
Dr. Leomar Hitotuzi

Dr. Leomar Hitotuzi  
Médico Imagenologista  
CRM-RR 1232

CRM1232

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.





Patient ID: 57539 Patient Name: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES  
Age: 43Y Sex: F  
1 / 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME  
ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
122298 SSP RR

CPF  
382.649.352-49

DATA NASCIMENTO  
08/01/1976

FLUXÃO  
JOSE RIBAMAR DE ARAUJO  
EXPEDITA DA SILVA  
ALVES DE ARAUJO

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04608556290

VALIDADE  
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO  
04/10/2011

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO  
20/07/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES  
DIRETOR PRESIDENTE  
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

64564190492  
RR209668938

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1653640699

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1653640699

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

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

# PROTOCOLO 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 médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES : 382.649.352-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



## 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](http://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

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

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.

**Sequelae permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelae:** 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.

**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

---

**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



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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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 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

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

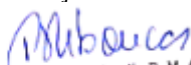
Número do Sinistro: 3190512781  
Nome do(a) Examinado(a): Antonia Celia Alves Guimaraes  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Escorpiao, 37 Prox. A Material de Construcao Satelite  
Cidade Satelite Boa Vista RR CEP: 69317-500  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RR ] 122298  
Data local 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 SERVIÇO PUBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA 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 MÊMORO + 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. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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 (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <p><b>( ) "Vítima em tratamento"</b><br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p><b>( ) "Sem sequela permanente"</b><br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa <b>(X) 100% completo</b></p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--|---|
- 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 UMERAL)**

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

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

  
**Dra. Regina Claudia R. M. Alho**  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
ROE: 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: 4 - Nome completo da vítima:

38264935249

ANTONIA CENHA A GUIMARAES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel(DDD):

ANTONIA CENHA ALVES GUIMARAES

38264935249

SERV. GERAIS

R. ESCORPIÃO

37

CID. SATELITE

BOA VISTA

RR

69317500

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:

☒ RECURSO 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: 000360794

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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.

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 identificação 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 02/09/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

545251

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/06//2019

COMUNICANTE: ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

RG: 122298

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 38264935249

ENDEREÇO: 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, RENAVAL 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 ela para o HGR; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver FRATURA MSE, 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 Guimarães*  
ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."


ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

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

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



<p>  </p> <p> <b>AGENTE CARACERARIO DE POLICIA CIVIL</b>  <b>Givanildo da Silva Vieira</b>  <b>Mat. 0420008351</b> </p>	<p>•</p>	<p>•</p>
--	----------	----------

7A  
Cousin

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 SET 2019  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ



Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sistema do AS:

3 - CPF da vítima:

38264935249

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIA CENA A GUIMARÃES

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

5 - Nome completo:

ANTONIA CENA ALVES GUIMARÃES

6 - Profissão:

SERVO. GERAIS

7 - Endereço:

R. ESCORPIÃO

8 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Estado:

RR

10 - CEP:

69317500

11 - Contato:

95991578369

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

12 - Nome completo do representante legal:

13 - CPF do Representante Legal:

14 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para fins de fins do direito, no presente ato, com firma conprova anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEITO INFORMAL  
☐ SLIM RENDA

☐ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00  
☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 A 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 (poupança para as bancas de poupança e poupança)

☐ CONTA CORRENTE (Conta corrente)

Nome do BANCO:

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0053

CONTA: 00036079

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe a agência de origem)

(Informe a agência de destino)

(Informe a agência de origem)

(Informe a agência de destino)

Autoregistra a seguradora Líder e credora da conta bancária informada, e informa a titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, no presente ato, danado, desde já e somente após a confirmação da vítima, quitando total o 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 fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 30 (trinta) dias do pedido

Pelo motivo acima, sou obrigado a apresentar o laudo do IML para fins de requerimento do Seguro DPVAT, ou, invalido a presente declaração de invalidez permanente por invalidez permanente, uma vez que não submeto a esta declaração as costas do Seguro DPVAT para verificação da existência de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 5.184/74, Art. 3º, §1º, declarando que esta declaração não será utilizada para fins de requerimento do Seguro DPVAT.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil do titular:

☐ Solteiro

☐ Casado (na CM)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau da Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se não tem filhos, informar:

30 - Vítima deixou seguro(s) de vida?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se não tem irmãos, informar:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que o Segurado Líder pagará, com o devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provevem esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação da cobertura e a perda da indenização.

34 - Assinatura de quem assina a declaração:

35 - Nome legível de quem assina a declaração:

36 - CPF legível de quem assina a declaração:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a declaração:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

BOA VISTA, 02/09/2019.

Antônia CENA ALVES GUIMARÃES

(Assinatura da vítima/beneficiária (representante))

41 - Assinatura do Promotor (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Promotor (se houver):



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0906

SAMU  
192

EQUIPE SAMU BV

BRAVO II

EQUIPE:

Nardison / 18/06/19

Paciente: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Idade: 43

Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]

Endereço: AV. Imigrante C/ Raimundo Lima

Bairro: Fátima

Nº 8207

DATA 20/05/19

HORA J/9: 10:43

BASE VIA [ ]

[ ] RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dra. Verônica

HORA J/10: 10:43

[ ] CELULAR

MOTIVO INICIAL

Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]

1 a 3 horas [ ]

4 a 24 horas [ ]

Mais de 24 horas [ ]

Não sabe [ ]

## TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito  
☐ Agressão física / espancamento  
☐ Agressão física - FAF  
☐ Agressão física - FAB  
☐ Urgência psiquiátrica  
☐ Tentativa de suicídio  
☐ Envenenamento  
☐ Afogamento  
☐ Queimadura  
☐ Choque elétrico  
☐ Queda  
☐ Urgência clínica  
☐ Urgência obstétrica  
☐ Transferência  
☐ Exame complementar  
☐ Outros

## ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança

## AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria [ ] D [ ] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 11:13	130/90	110	22	97	—	—	08	35
Fim 11:45	130x90	125	20	98	—	—	05	15

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros:	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta
	5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta
6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta	

ÁREA DE SINISTROS - DEB  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Rua Capitão João Botelho, 404 - Boa Vista - PB

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## AFECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	--	--	--	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA

[ ] Iliso

[ ] Pequena

[ ] Média

[ ] Severa

[ ] Óbito

 Rutter Diego de M. Bottnelly  
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço  
 CRM-RR 1276 / BOE-645

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV  
CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/06/19

Bombeiro  
Outros: Stephanie

- ☐ Cancelamento  
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização  
☐ Não se encontrava no local  
☐ Trote

MEIOS ACIONADOS

- ☐ Polícia Militar  
☐ Guarda Municipal  
☒ SMTRAN

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário de acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

INCIDENTES

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ

SAMU 192-RV  
CONFERE COM

Em 07/09/19

Stephanie  
FABRICI

PERTENCE 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 laríngea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<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 orotraqueal	<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

# OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para solicitação de socorro, ao chegarmos no local encontramos vítima em decúbito ventral, após retirada de sapatos, foi realizado rolamento de 360 em etapas, com segurança do cervical. Após avaliação secundária foi constatado possível fratura em MSE, algia em ombro esquerdo + algia lombar. Realizado ATW com a regulação que orienta analgesia + transporte ao G.T do HCR.

Dr. Sidney Rodrigues Leite  
COREN - RJ 34.723 TE

Materiais: