

## 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:**  
**2632668220200212093850**

### Processo 0800115-81.2020.8.23.0030 ☆ - (13 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:** \_\_\_\_\_

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-]	12	12/02/2020 09:38:50 <b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	12.1	Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2693305CONTESTACA001.pdf	Público
	12.2	Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2693305CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
	12.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
	11	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>
	10	<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA) em 10/02/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>
	9	<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. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO <b>Analista Judiciário</b>
	8	<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de SILAS MESQUITA NOGUEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (29/01/2020)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO <b>Analista Judiciário</b>
	7	<b>HABILITAÇÃO PROVISÓRIA</b> Perito Oficial: Rogerio Leonardo de Paula Dias habilitado até 09/05/2020 (100 dias)	DAVID ADAN SANTA BRIGIDA PEIXOTO <b>Analista Judiciário</b>
[+]	6	<b>PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE</b>	EVALDO JORGE LEITE <b>Magistrado</b>
	5	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ
	4	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR**

**Processo:** 08001158120208230030

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/05/2019**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 25/05/2019.**

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

## PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

## DO MÉRITO

### DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;


<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
<b>DADOS DO SINISTRO</b>				
<b>Número:</b> 3190679369	<b>Cidade:</b> Boa Vista	<b>Natureza:</b> Invalidez Permanente		
<b>Vítima:</b> SILAS MESQUITA NOGUEIRA	<b>Data do acidente:</b> 25/05/2019	<b>Seguradora:</b> Tokio Marine Seguradora S/A		
<b>PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA</b>				
<b>Data da análise:</b> 10/12/2019				
<b>Valoração do IML:</b> 0				
<b>Perícia médica:</b> Não				
<b>Diagnóstico:</b> TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA.				
<b>Resultados terapêuticos:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA). ALTA MÉDICA.				
<b>Sequelas permanentes:</b> LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
<b>Sequelas:</b> Com sequela				
<b>Documento/Motivo:</b>				
<b>Nome do documento faltante:</b>				
<b>Apontamento do Laudo do IML:</b>				
<b>Conduta mantida:</b>				
<b>Quantificação das sequelas:</b> APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.				
<b>Documentos complementares:</b>				
<b>Observações:</b> PÁG.5/6/7_CIRURGIA.				
<b>Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.</b>				
<b>DANOS</b>				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

**BRABESCO**

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA  
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
  
BANCO: 237  
AGÊNCIA: 00522-3  
CONTA: 000000003320-0

---

Nr. Autenticação  
BRABESCO1712201905000000000023700522000000003320236250 PAGO

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

## CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

---

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup> **art. 1º . (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 6 de fevereiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

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



### QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

## TABELA DE GRADAÇÃO

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08001158120208230030.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR - HGRF  
Av. Ruyter Eduardo Gomes, 3338

<input type="checkbox"/> Verme <input type="checkbox"/> Inseto <input type="checkbox"/> Fungo <input type="checkbox"/> Vírus <input type="checkbox"/> Bactéria	<input type="checkbox"/> Parasitoses <input type="checkbox"/> Dermite <input type="checkbox"/> Laceria <input type="checkbox"/> Amolida <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Sanguíneo <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Sólido
--	--	---

**FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA**

BOY 14430      25/05/2019 08:04:21      JORNADA: 15      4

**Paciente:** **SILAS MESQUITA**  
 Data Nascimento: 12/06/1985      Idade: 33 A 11 M 13 D      CNIS: 704002840348167      CPF: 79553176281  
 Sexo: M      Estado Civil: SOLTEIRO(A)      Nacionalidade: BRASILEIRO(A)      Nacionalidade: BRASILEIRO(A)  
 Mãe: ANTONIO DOS SANTOS NOGUEIRA      CPF Mãe: [95] 98406-0719

**Endereço:** RUA - VEGA - 688 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR      Ocupação: MESTRE DE OBRA

**Classe de Risco:** Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE      Nº da Carteira:      Validade:      Autorização:      Sin Frenata:      Risco:      Frenata:

**Motivo de Atendimento:** ACIDENTE DE MOTO      Caracter do Atendimento: URGÊNCIA      Profissional do Atend.:      Procedimento Sól.:      Registrao por: DAL

**Saber:** GRANDE TRAUMA      Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL

**Queixa Principal:**  Síndrome Febril     Sintomas Respiratório     Suspeita de Dengue

**Anamnese de Enfermagem:**      GSC:      TOTAL:      AD: 1234      RV: 1234      MRV: 123456

**Anamnese - (HORA DA CONSULTA - )**      H:

**Exame Físico:** *Acidente motociclístico trazido pelo SAMU, colar cervical, nólito etílico, sangramento boca perme (D) indolizoda. Glasgow 14*

**Hipótese Diagnóstica:** *Politrauma*

**SADT - Exames Complementares:**  RAO X     ULTRASSON     TC     SANGUE     URINA     EEG     ULTRAS.

**PRESCRIÇÃO:**      **APRAZAMENTO:**      **OBSERVAÇÃO:**

*1) Dipirone 1g (EV)      08:45*  
*2) Etetidil 40mg (EV)*

*Atenção: Não administrar Dipirone em pacientes com insuficiência renal.*

**Conduta:**  Alta por Decisão Médica     Ambulatório     Observação (Até 24h)     Internação     Transferência para: *Ortopedia*    Data e hora de saída Alta:    **Atenção: Não administrar Dipirone em pacientes com insuficiência renal.**

**ébito:**  Sim     Não    Destino:  Família     IMA - Assistência Patológica

**Assinatura do Paciente ou Responsável:**      **Carimbo e Assinatura do Médico:**

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Ruyter Eduardo Gomes, 3338  
Nova Planície, Tel: (95) 3341-0670  
**ATESTICAÇÃO**  
03 JUN 2019  
Confira o seu FICHA e presente  
antes de ser impresso pelo original  
autógrafa e impresso neste Hospital

Impressão por: dal      Data Hora: 25/05/2019 08:06:23      **Márcio Prestes**  
Cirurgião Geral      CRM/RR 1619



LAUDO PARA SIA - TÍTULO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sigla do Estado de Saúde  
Município de São Paulo

1 - ENDEREÇO DO ESTAB. HOSPITALAR  
2 - ENDEREÇO DO LAUDANTE  
3 - ENDEREÇO DO LAUDADO

4 - NOME DO PACIENTE  
5 - NOME DO RESPONSÁVEL  
6 - NOME DO RESPONSÁVEL  
7 - NOME DO RESPONSÁVEL  
8 - SEXO  
9 - DATA DE NASCIMENTO  
10 - TELEFONE DE CONTATO  
11 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
12 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
13 - ENDEREÇO DO LAUDADO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - HISTÓRICO E/OU SINOPSE CLÍNICA  
Doença crônica de caráter com  
insuficiência cardíaca congestiva  
em fase D

15 - CONDIÇÃO DE SAÚDE DO LAUDADO  
As pernas

16 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS  
RX + exame físico

17 - OBSERVAÇÃO DO LAUDANTE  
(ex exame físico)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - RESERVAÇÃO DO SERVIÇO SOLICITADO  
Internação

19 - ENDEREÇO DO LAUDANTE  
V. P. P. P.

20 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
V. P. P. P.

21 - MOTIVO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

22 - ACIDENTE DE TRÁFICO

23 - ACIDENTE DE TRABALHO

24 - ACIDENTE DE OUTRA NATUREZA

25 - OUTRO

26 - OUTRO

27 - OUTRO

28 - OUTRO

29 - ENDEREÇO DO LAUDANTE

30 - ENDEREÇO DO LAUDADO

31 - ENDEREÇO DO LAUDADO

32 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
33 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
34 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
35 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
36 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
37 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
38 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
39 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
40 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
41 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
42 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
43 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
44 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
45 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
46 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
47 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
48 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
49 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
50 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
51 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
52 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
53 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
54 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
55 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
56 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
57 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
58 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
59 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
60 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
61 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
62 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
63 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
64 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
65 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
66 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
67 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
68 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
69 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
70 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
71 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
72 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
73 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
74 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
75 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
76 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
77 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
78 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
79 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
80 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
81 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
82 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
83 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
84 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
85 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
86 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
87 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
88 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
89 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
90 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
91 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
92 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
93 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
94 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
95 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
96 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
97 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
98 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
99 - ENDEREÇO DO LAUDADO  
100 - ENDEREÇO DO LAUDADO

LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO E PESQUISA DO  
SISTEMA DE INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR

Silas Mesquita  
904002940348469  
Mônica Mesquita

12.06.83

paciente vítima de acidente com  
muito apresentando feridas expostas  
de fúlio D

As Amas

Exame físico + RX  
peço exposto fúlio D

Dr. Antônio Gonçalves  
Médico Responsável  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RJ 14600

ANEXO Nº 10  
10.06.2004  
SACRILEGIA DE PÉ e SEQUELE  
DE A E RAL...  
M...  
M...



Silas Mesquita

BOLETIM OPERATORIO

25/7

09

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATORIO:

CIRURCIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

peduro aperto (lha)  
urgem

peduro aperto (lha)

V. Peduro  
Pereira

1º AUXILIAR: Dr. Roberto  
Pereira

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) parte em DDH sob sedação da
- 2) Lavagem do ferimento com SF 0,1%
- 3) colocação de corpo alvir's
- 4) colocação de fratura externa 4 pinos de 3mm em filar D
- 5) Sutura de lavo de opor bem em região gleria medial com nylon D
- 6) Suvivo
- 7) AO RPA

Hospital Geral de  
 Av. São José nº 1000 - Vila  
 Nova - São Paulo - SP  
 AUTENTICAÇÃO  
 07.09.2019  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Nome e Cargo: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

Dr. Augusto Cavalante  
 Médico Especialista  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-SP 12345



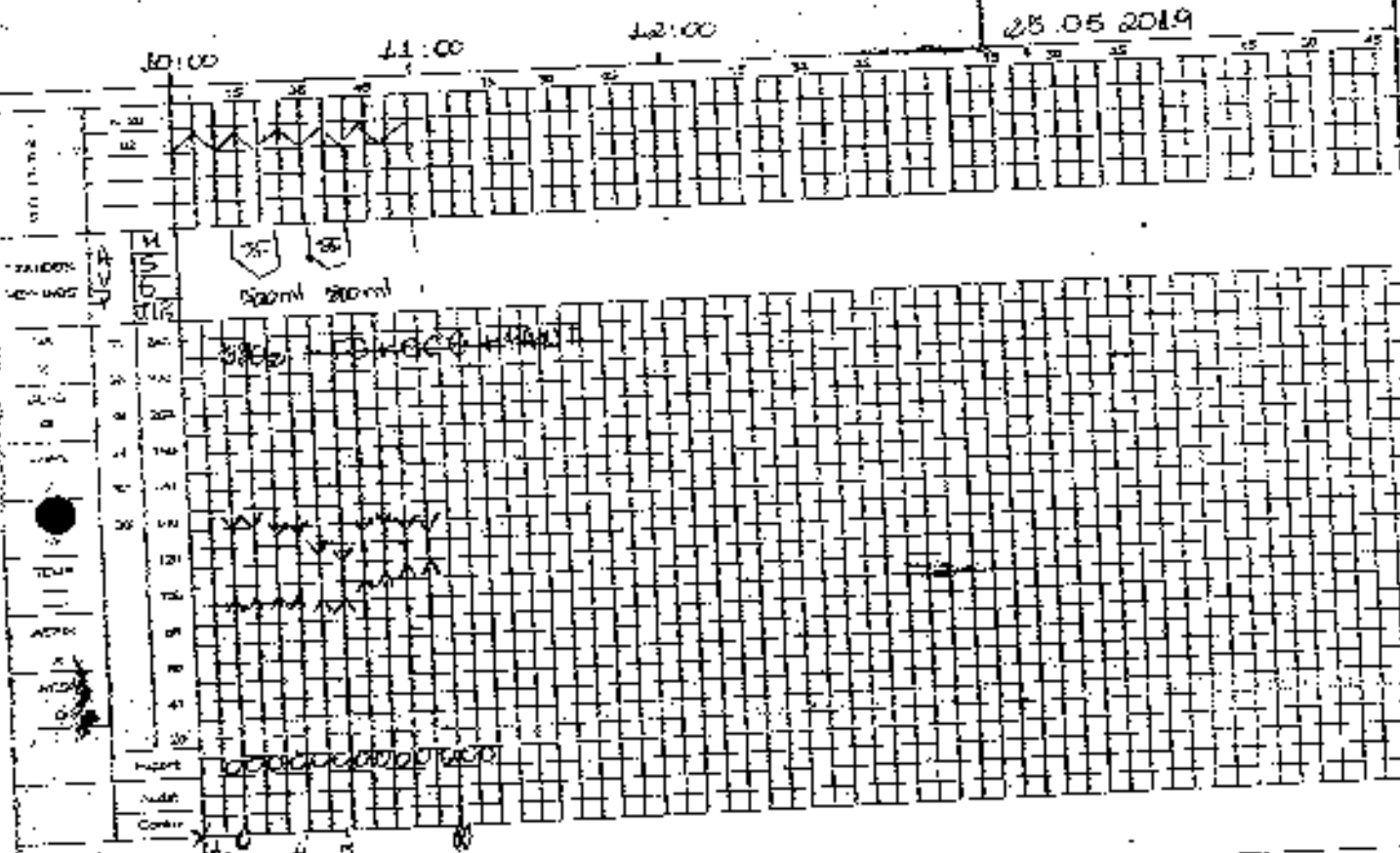


Local

Nº Boa Vista - 22

28.05.2019

PROF. ANESTESIA - DURA - CUSP - HORA - EFEITO



Medicamentos

Propofol 20mg (50)

SpO2 92%

EtCO2 40mmHg

HR 100bpm

RR 18

MAP 60mmHg

CVP 100mmHg

Urina 100ml

INDICACIONES

Analgesia, sedação, bloqueio

hipobarbitúrico via oral

Via mediana

60 minutos

INDICACIONES

checklist + monitorização (SpO2 + FC + EcG + SPO2)

1. Anestesia da região lombosacra alcool a 70%
2. Colocação de campos elétricos + fechados + fixação lombar com tala com aquela de G (Anest)
3. Obra social de líquido classe metametico + infusão de propofol
4. 20mg SA, bloqueio satisfatório

Colocação de fixação externa em tibia (5)

Dr. Anderson / Dr. Anderson

Dr. Ricardo / Dr. Vitor

Handwritten signature and stamp

Handwritten signature

Stamp: 03 MR 2019

Stamp: ANESTESIA

Stamp: 03 MR 2019

3. Afastar a eq. 2

4. Epidural 20mg eq

5. Propofol 40mg eq

6. Bloqueio paciente para SRPA



RECIBO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

339

NOME DO PACIENTE: Silas Mesquita APT OU LEITO: \_\_\_\_\_ Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ DATA: 25/05/19

CIRURGIA: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ INICIO: 10:20 HM: 11:10 TEMPO DE DURAÇÃO: \_\_\_\_\_ TEMPO TOTAL: \_\_\_\_\_

EXAME: Tratamento cirurgico de fratura exposta de tibia + fixação externa EQUIPE MÉDICA: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: Dr. Ubirajara RES. ANESTESIA: Res. Anestesia INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

1ª AUXILIAR: Dr. Rogério CIRULANTE: Ano Claudia 2ª AUXILIAR: Dr. Pedro R. Dr. Augusto R. Malma

TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ TEMPO DE DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

QUANT.	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
<input checked="" type="checkbox"/>			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
<input checked="" type="checkbox"/>			FRASCOS- SORO GLUCONADO
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO VICRYL Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO MONONYLON Nº 2.0
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO CATGUT SIMPLIS Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO CATGUT CROMADO Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO PROLENE Nº
<input checked="" type="checkbox"/>			FIO SEDA Nº
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICAL <u>Atadura de crepom</u>
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSO <u>Elefrodop</u>
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	REF. CATGUT Nº <u>Agulha p/ fioque</u>
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	REF. CATGUT Nº <u>Equipo Anestesiológico</u>
<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: <u>Agulha p/ fioque</u>
<input checked="" type="checkbox"/>			3 <u>chexidina alcool</u>

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA (LISTA DOS RESPONSÁVEIS INSTRUMENTADOR (A) ENFERMEIRA CHEFE Gabriela CIRCULANTE DE SALA \_\_\_\_\_)

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE MATERIAL, MEDICAMENTOS SUB TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Lote: 011848 Código: PUB 7 203  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
SARTORI - LÊNEX TIBIA T  
M0 - ESTERIL  
Fab. 24/11/2019 Val. 01/2024  
Registro Anvisa Nº R003220093  
Material ACO INOX AT. IMENTO

Lote: 014289 Código: AT35 8 680  
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
X C X 4,5 X 205 X T

Fab. 21/02/2019 Val. 02/2024  
Registro Anvisa Nº R0032650026  
Material ACO INOX 7138

Lote: Galvão Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-40 - Rio Claro - SP  
Tel: 155 49 3638-1910 info@sartori.med.br

Lote Galvão Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-40 - Rio Claro - SP  
Tel: 155 49 3638-1910 info@sartori.med.br



CANELA DA ORTOPEDIA

Tipo Cirurgias:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia +  
prador externo em perna direita.

DATA: 25/05/19

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Local: Silas Mesquita

Unidade: 33A

Endereço: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Operatório: Milma e Claudenir

Sala: 01

Conferência Exurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

Lotus 91045 Código: AP353 590  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA - R  
X CX 4,5 X 200 XT

Fab: 21/01/2019 Val: 02/2024  
Registro Anvisa Nº 8083450926  
Material ACS: ENDX 0133

Lotus Galhosora Sartori & Cia Ltda - RPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3536-1910 info@galhosora.com.br

Lotus 91045 Código: 00R 2 203  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
BASTON - LIMPFOX TIBIA 1  
180 - ESTÉRIL  
Fab: 24/01/2019 Val: 03/2024  
Registro Anvisa Nº 86483450931  
Material ACS: ENDX 0133MINIO

Lotus Galhosora Sartori & Cia Ltda - RPP  
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3536-1910 info@galhosora.com.br

TELE - PRONTUÁRIO PAD. PACIENTE

27 Via CME

Dr. Mauro Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
Setor 1927

PROVA DE QUALIDADE DO PACIENTE  
Av. Unip. Edson de Barros, 124  
Jardim América, 13060-000, São Paulo, SP  
Autenticado em  
6 J 19. 2019  
Registro em nome do paciente  
Data de emissão: 06/05/2019  
1927

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Unif. de Saúde Anus. Ano de Serviço

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (NOME COMPLETO)

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SÓ PARA HGR)

HGR

4 - ENDEREÇO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Silas Mesquita

6 - ENDEREÇO NACIONAL DE SAÚDE (CNPJ)

7 - 1 0 4 0 0 2 8 2 3 0 3 4 6 4 6 7

8 - DATA DO SUPLENTO

12/06/85

9 - NÚMERO DO FORTUÁRIO

150112330

10 - RESOLUÇÃO DE CONTA

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - 1 5 2 5 3 1 0 6 0 7 1 9

13 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

16 - ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - NÚMERO DAS PRÉVIAS EXAMES CLÍNICOS

Paciente sofreu politrauma e após procedimento ortopédico recaiu no trauma. Foi submetido a laparotomia exploradora para trauma abdominal contuso.

18 - NÚMERO DO LAUDO ANTERIOR (SE HOUVER)

As acima

19 - NÚMERO DO LAUDO ANTERIOR (SE HOUVER) (SE HOUVER)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - LESÃO DO FUGO (SE HOUVER)

23 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

24 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

25 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

26 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

27 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

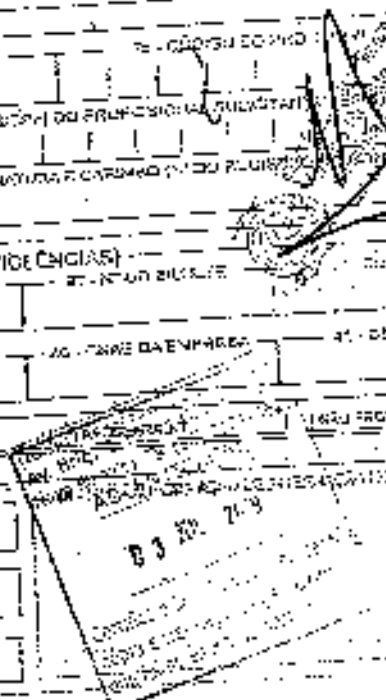
28 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

29 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

30 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

31 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)

32 - ENDEREÇO DO FUGO (SE HOUVER)



BOLETIM OPERATÓRIO

Silas Mosquita

Data: ~~10/05/19~~ 05

Data: 25/05/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Poliquemia - tumor hepático

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO:

cirurgia de embolização hepática exploratória

MEDICAÇÕES E ACIONAIS:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dr. Fernando

1º AUXILIAR: Dr. Wilber CD

2º AUXILIAR: Dr. Marcelo

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

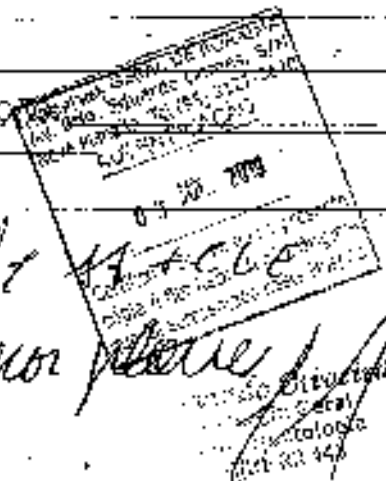
RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DST + osteíte pulc +

2) tireoide hipertrofiada + diarreia por 1 mês

3) Inventário de conduto:

1. presença de mais ou menos 1 l de conteúdo
2. identificação lesões em região em lobo hepático
3. presença de rede vascular biliar
4. presença de líquido amarelado + colorido
5. presença de gás em região hepática após aspiração de líquido amarelado
6. presença de vasos e não identificados

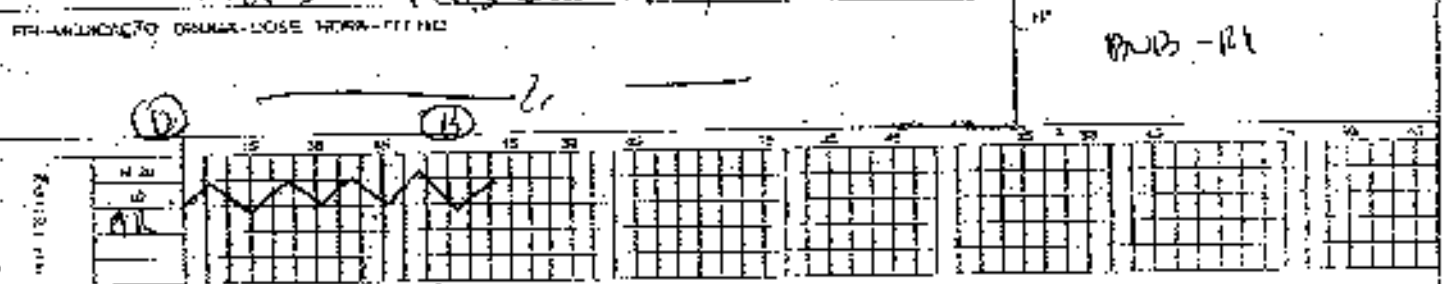




SILAS Miss Quita, 37 A

25/05/19

PRUB-124



Tempo	Pressão	Frequência	Saturação	Temperatura	Observações
25	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
30	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
35	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
40	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
45	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
50	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
55	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
60	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
65	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
70	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
75	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
80	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
85	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
90	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
95	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência
100	120/80	60	98	36,5	Indicador de nível de consciência

AGENTE	RODRIGUES	15-05	TERCEIRO	ASSISTENTE	ASSISTENTE
GRUPO	Universal				
INDIC					
CONDIÇÃO					
DATA	25/05				
LOCAL	2000				
PROCEDIMENTO	Laparotomia exploratória				
ANESTESIA	0,5% Lidocaína				
PROFESSOR					

ANESTESIA

1 - 2000

2 - 2000

3 - 2000

4 - 2000

5 - 2000

6 - 2000

7 - 2000

8 - 2000

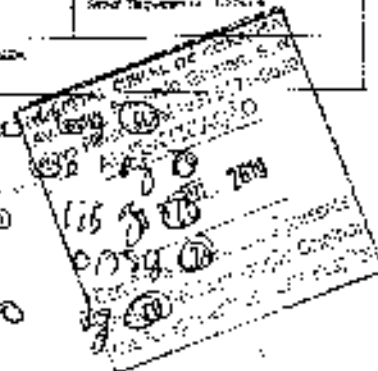
9 - 2000

10 - 2000

*[Handwritten signature]*

ASSISTENTE

ASSISTENTE





FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APFOU LITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Selas Mesquita			25 / 05 / 79

TIPO	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO	INICIO	FIM
Lia para torçao Exp.		12:55	14:00

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
	ANESTESISTA:	Dr. Uirajana
	RES. ANESTESIA:	Dr. José
1ª AUXILIAR	Res. Manoel	INSTRUMENTADOR

2ª AUXILIAR	CIRCUANTE
	Traco Elizângela

TIPO DE ANESTESIA: *Cont*

QUANT.	MATERIAS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
10	PCTN COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS SORO FISIOLOGICO <i>500ml</i>
4	PACOTES GAZI			FRASCOS- SORO RINGUR LACTADO
	LUIVA ESTERIL 20 6 5			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUIVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 1
	LUIVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0
	LUIVA ESTERIL 4.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/ PROCLIDIMENYOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LAMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUCCÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEI
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO
	SERINGA 05 ML		1	<del>CHOPAM</del> Nº <i>Gelfoam</i>
	SERINGA 10ML		1	<i>CHOPAM</i> Nº <i>Tet. 4.5</i>
	SERINGA 20ML		1	<i>REACARBA</i> <i>Eletrador</i>
				OUTROS: <i>Cloridina Alcolica</i>

MATERIAS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISAO DOS RESPONSAVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	<i>Carbrieta</i>
FUNCIÓNARIO/CALCULOS	CIRCUANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE

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

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

RECEBIMOS DO Sr. Dr. Uirajana  
 03 de Maio de 1979  
 ATENDIMENTO  
 Gerência de Cirurgia Geral  
 Hospital de Referência de Roraima







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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Salvo Magalhães</i>		
DIAGNÓSTICO <i>fx Exposta Tibia</i>		
ALERGIAS	DM	NEGA
IDADE	LEITO	DATA 25/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>MANUTER</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<i>suspensão</i>
4	PARACETAMOL 500MG VO DE 6/6H S/N	<i>S/N</i>
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML LV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>S/N</i>
7	NAI RUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4.	<i>S/N</i>
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	<i>06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>S/N</i>
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<i>14 22 06</i>
15	CLEXANE 400MG SC 1X/DIA	<i>Susp</i> <i>Suspensão</i>
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg	<i>S/N</i>
17	SSVV + CCGG 6/6 H	<i>ROTINA</i>
18	CURATIVO DIÁRIO	<i>ROTINA</i>
19	<i>clindamicina 600mg EV ou VO 6/6h</i>	<i>14 20</i>
20	<i>clonoxolona 1mg EV ou VO 12/12h</i>	<i>16</i>

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250 250: 2UH: 251  
300: 4UH: 301-350: 6UH: 351-400: 8UH: 400: 10 UIE OU GLICOSE > 70 DM/L, GLICOSE 10% 40 ML EV -  
AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE: 24 HARI NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTATO TÁCTIL, 18/5/19  
RETRADA DE TRACAO TRANS FIBIAL E, ACCITA BEN A DIFTA, DILATASE E VACILACOES  
PRESENTES, S-M CLUSAS ALGICAS, RADIOGRAFIA MDS RA SINAIS DE CONSOLIDACAO OSSCA

EXAME FÍSICO: REF. ACIAPÓTICO, ANICTÉRICO, AFRÉTI, PUPRIL, NORMOCORADO,  
HIDRATAO, MUCOSAS PERIFÉRICAS FALVAPIS.

ESOLICITADO:

LABORATÓRIO:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA, CIRURGIA DE VARGADA POR FALTA DE INSUMOS.

*Dr. Pedro de Sá*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 11.328

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			





PAZ/SECRETARIA: HGR  
NOME DO PACIENTE: Silvas Mesquita  
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: [blank]

DATA: [blank]

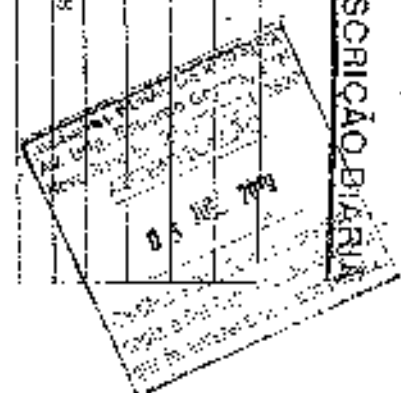
Nº DO REGISTRO: [blank]

DATA DA ORÇ: [blank] PRESCRIÇÃO

RESUMO

RELACIONO DE MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÕES



23/05 Diferença  
AIP

SR 0,5 x 500mg + 5 x 0,5 x 500mg 6/16 SN

Pront para 0,5 x 4/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

Pront para 0,5 x 3/8 SN

24h: SWG = 800mg  
06h: SWG = 40 mg

24h: PA = 100 x 20 mg/kg  
FC = 81  
T = 36°C

24h: PA = 100 x 20 mg/kg  
FC = 74  
T = 36,6°C



DATA  
HORA

EVOLUÇÃO

05/05/19 Sr. Elias Mesquita, 33 anos, M.

HD: Poltrauma + fratura de tíbia exposta + trauma abdominal contuso.

HDA: Paciente trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico (moto x carro), com lesões vitais, apresentando fraturas expostas (imobilizada) e sangramento em local.

For encaminhado ao serviço de ortopedia que usou tala para a fratura. Após a cirurgia, evoluiu com melhoramento do estado geral e foi realizado um USG FAST que evidenciou presença de líquido livre com espessuras de até 1,6 cm na parede hepatorenal e também em espaço retroperitoneal em pequena quantidade.

For encaminhado para o CC como uma urgência onde foi realizado a uma laparotomia exploradora.

Realizado os exames após cirurgia com EEG, exames orientados com lesões em lobos inferior, fissuras em MID, AHA, monitorado continuamente com medicação em admissão, SNG.

EE - AOV e RCR em RT BNF s/d.

- AR: expansibilidade torácica preservada, r. crepantes de ausculta, r. roncos atípicos, MV + distritalmente, s/ RA.

- ABD: semi-duro, normotense, simétrico, RHA diminuídas, subcostais dolorosa, sem r. ruidos e/ou sibilos pulmonares.

- Ext: OPP < 30, sem edemas, pulsos radiais claros amplos e simétricos.

- Neurológico: orientado, alerta e apropriadamente, força motora preservada, pupilas isocóricas e reativas, reflexos de motor e sensoriais presentes, ECG = Hs.

Sinais Vitais: Tax = 36,8°C

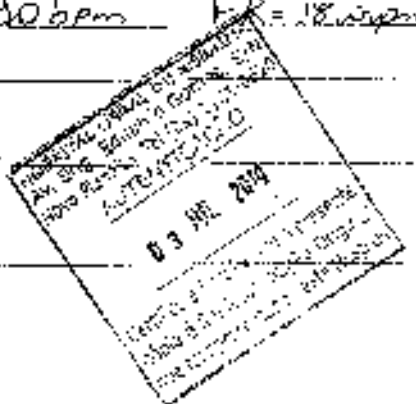
FC = 90 bpm

FR = 18 lpm

SpO2 = 92%

ASSINATURA

CRM





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA**



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO:  SIM:

DATA: 26/06/2017

*[Stamp: RECEBUEIRO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA - HGR]*

Nº	INDICADA	INICIA	EFICAZ	DESCRIÇÃO	HD
1	Dieta zero.				
2	AVP				
3	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.			500	
4	Vancomicina 1g EV dose única (profilaxia)			1g 2x	Antibiótico
5	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N			100 2x	
6	Ranitidina 50mg EV 8/8 SN			50	
7	Dipirona 2g EV de 6/6h			2g 2x	
8	Plasil 10 mg EV 8/8 SN			10 2x	
9	SSVV + CCGG com 6/6h dose profilaxia			Ranitidina	
10	Insulina e celastrol com 2x			Elephant insulin	
11					
12					

Anotações da Enfermagem

HORARIO	12H	18H	24H	DSM	REXTO	INSULINA	GLICOSE 50% 40 ml EV	HORA	DEXTRO	INSULINA
PA	121/85	121/81			< 200	0 UI - 5C				
FC	103	103			201-250	02 UI - 5C				
TEMPERATURA	36,9°C	37,8°C			251-300	04 UI - 5C				
FR					301-350	06 UI - 5C				
DIURESE					351-400	08 UI - 5C				
EVACUAÇÃO					> 400	10 UI - 5C				
CURATIVO						CHAMAR PRANTONHISTA				

Obs: mãos limpas na unidade



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO:  SIM:

Nome

Nome

Idade

DATA 27/06/19

HD Febriçidade + fratura da Tabela costal + Trauma abdominal contuso

1	Dieta zero	até a alta médica				
2	AVP					
3	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.					
4	Tenoxicam 20 mg EV de 12/12h					
5	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N					
6	Ranitidina 50mg EV 8/8 SN					
7	Dipirona 2g EV de 6/6h					
8	Plasil 30 mg EV 8/8 SN					
9	SSVV + CRGG em 6/6h <i>medicação</i>					
10	<i>Monitor calórico em 35° de temperatura</i>					
11						
12						

Anotações da Enfermagem  
As 00:30h. Volume expirado. Distúrbio  
em respiração no nível intermediário  
respiratório. Saturação elevada a nível  
Distúrbio. Sem dor. Glândulas  
SSVV ativas.

HORARIO	12H	18H	24H	06H	< 70	glicose 50% 40 ml EV
PA	79/81/53	151/88	100/60		< 200	0 UI - SC
FC	85	85	73		201-250	02 UI - SC
TEMPERATURA	36,8	36,1	36,1		251-300	04 UI - SC
FR					301-350	06 UI - SC
DIÁRESE					351-400	08 UI - SC
EVACUAÇÃO					400	10 UI - SC
CURATIVO						CHAMAR PLANTONISTA

em Roraima no dia 27/06/19  
paciente em estado de consciência  
normal, sem febre e 36,8°C



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA**



CIRURGIA GERAL

ALERGIA: NÃO:  SIM:

Nome: M. S. G. M. S. G.

1 Dieta branda

2 AVP

3 SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.

4 Tenoxicam 20 mg EV de 12/12h

5 Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N

6 Ranitidina 50mg EV 8/8 S/N

7 Dipirona 2g EV de 6/6h

8 Plasil 10 mg EV 8/8 S/N

9 SSVV + CCGG 6/6h NO MÍNIMO

10 Manter cabeceira elevada 35°

11

*[Handwritten signature]*  
 Dias  
 Médico Geral  
 CRM-RR 19882

DATA: 28/05/19  
 Poltrauma + ferida-exposta de tibia + trauma abdominal contuso

*[Stamp: RECEBIDO...]*

**Anotações da Enfermagem**  
 12:00h Peds UNO que  
 compareceu ao posto de  
 atendimento e relatou  
 que SSVV e CCGG NO  
 3 e 4 em tibia e tibia  
 3 e 4 em tibia e tibia

HORARIO	12H	18H	24H	06H	INQUISICAO	GLICOSE SD% 40 ml EV
PA	147 x 93	120 x 83			< 70	0 UI - SC
TC	36	36,5			< 200	02 UI - SC
TEMPERATURA	36,9C	36,8			201-250	04 UI - SC
FR	18	18			251-300	06 UI - SC
DIURESE					301-350	08 UI - SC
EVACUACAO					351-400	10 UI - SC
CURATIVO					> 400	CHAMAR PLANTONISTA

*[Handwritten notes]*  
 3, 4, 7

Telefone: 410.2009



HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: Cirurgia Geral

PARA: Ortopedia

Nome: SILAS MESQUITA

Idade: 33 anos

LEITO: 214-2

Paciente em terceiro dia de PO de laparotomia exploradora, evoluindo com melhora clínica, estando hoje em BEG, IOTL, eupneico, AAA, normocorado, hidratado, com retirada da SNG ontem. Paciente recebe hoje alta da cirurgia. Solicito avaliação da Ortopedia para verificar a necessidade de acompanhamento com a mesma.

Grato,

Dr. Tingo Dias  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1883

Boa Vista - RR, 28 de maio de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico

Resposta:

Paciente em fase de alta de cirurgia de abdome  
peritonizado 03 dias em uso de fralda estéril  
Sint. Sinais + de abdome para avaliação  
de conduta Ortopédica.

Dr. Odinaci Dramini  
Médico em Exercício  
CRM-RR 18198

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95) 2121-0816  
03 MAI 2019

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95) 2121-0816

CIRURGIA GERAL ALERGIA: NAO:  SIM:

DATA: 29/05/19

HD: tibia + trauma abdominal  
CONTUSO

- 1 Dieta branda
- 2 AVP
- 3 SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.
- 4 Tenoxican 20 mg EV de 12/12h
- 5 Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N
- 6 Ranitidina 50mg EV 8/8 SN
- 7 Dipirona 2g EV de 6/6h
- 8 Plasil 10 mg EV 8/8 SN
- 9 SSVV + CCGG 6/6h NO MÍNIMO
- 10 Manter cabeceira elevada 35°
- 11 Alta da cirurgia para transitar para o leito
- 12 Alta da cirurgia ortopédica

S/N  
 Mante  
 30/05/19  
 05:00  
 Colto

Anotações da Enfermagem  
 18:00h. Pacie. via. Bula  
 Comprimidos Nubuprolol  
 2mg e SSVV C. P. 1ml  
 Marc. D. 1ml  
 18:00h

VIGILÂNCIA	SINAIS VITAIS			DE ATRÁS	Insulina Regular	GLICOSE 50% 40 ml EV	HORA	DESTRO	INSULINA
	12H	24H	06H						
MCBÁRIO	120	110	120	< 70	0 UI - SC	< 200			
PA	120/80	110/70	120/85	< 200	02 UI - SC	201-250			
FC	84	91	86	251-300	04 UI - SC	301-350			
TEMPERATURA	36	36,1	36,0	351-400	06 UI - SC	> 400			
DIURESE					08 UI - SC				
EVACUAÇÃO					10 UI - SC				
CURATIVO					CHAMAR PLANTONISTA				





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



### RESUMO DE ALTA DA CIRURGIA GERAL

IDENTIFICAÇÃO: Silas Mesquita 34 anos

DN: 12/06/1985

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/05/2019

DATA DA ALTA: 30/05/2019

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr. Levindo

DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019

#### DIAGNÓSTICO:

Pollítrama (trauma abdominal Contuso – Trauma Hepático) + Fratura de membro inferior direito

#### TRATAMENTO

Laparotomia Exploradora – Hemostasia de lesão hepática/ Fratura em membro inferior fixada e conduzida pela Ortopedia

#### EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências, sem queixas, acamado, aceitando bem dieta, boa diurese e flatos e fezes presentes. Ferida operatória limpa, seca e sem sinais de flogose. Mantem internação aos cuidados da ortopedia.

#### ORIENTAÇÃO

- 1- Reavaliação da cirurgia geral se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
- 2- Repouso por 60 dias com uso de cinta abdominal.
- 3- Dieta llyre; higienização da ferida operatória diária.
- 4- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Coronel Mota, com Dr. Levindo em 7 dias, após marcação no NIR.

BOA VISTA – RR, 31 DE MAIO DE 2019.

MÉDICO (A)  
ASSINATURA/CARIMBO





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRURGIA GERAL

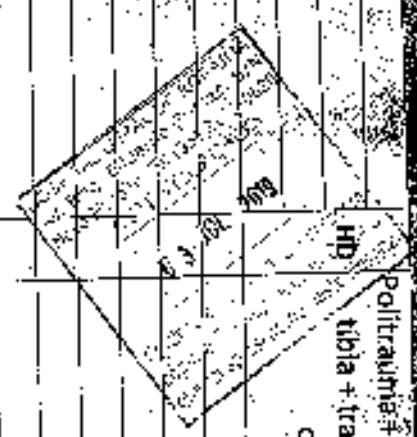
ALERGIA: NAO  SIM

Politrauma: f. f.  
tibia + traui.  
COI

1	Dieta branda						
2	AVP						
3	SF 0,9% 500ml + GH 50% 40ml EV de 6/6h.						
4	Tenoxicam 20 mg EV de 12/12h.						
5	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h S/N						
6	Ranitidina 50mg EV 8/8 5N						
7	Dipirota 2g EV de 6/6h						
8	Plasil 10 mg EV 8/8 5N						
9	SSV + CCGG 6/6h NO MINIMO						
10	Manter cabeceira elevada 35°						
11	Aos cuidados da Ortopedia.						
12							

*Handwritten signature*

*Handwritten notes:*  
Aguardar o resultado da  
análise de urina e sangue  
antes de iniciar a  
medicação.



Anotações da

HORARIO	12H	18H	24H	DSH	GLICEMIA	TRATAMENTO
PA				< 70	Glicose 50% 40 ml EV	D UI - SC
FC				< 200		D2 UI - SC
TEMPERATURA				201-250		D4 UI - SC
FR				251-300		D6 UI - SC
DIURESE				301-350		D8 UI - SC
EVAQUAÇÃO CURATIVO				351-400		D10 UI - SC
				> 400		CHAMAR PLANTONISTA

Dr. Paulo S. Oliveira  
Cirurgião Geral  
CRM/ROR 18151 RDE-0104





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silvanio Almeida ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 23/05/19 COM

DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do fêmur

NO DIA 1/6/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

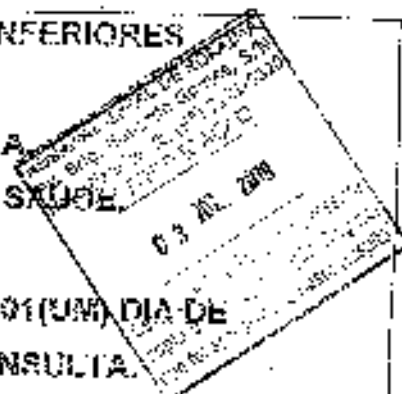
OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_ SENDO

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 27/05/19 AS 11:00h EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 27/05/19 AS 1:30 COM O  
DR. V. da Paixão

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. Padua

BOA VISTA 05/19

Augusto C. Cabocante  
Médico  
MELICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA



### RESUMO DE ALTA DA CIRURGIA GERAL

IDENTIFICAÇÃO: Silas Mesquita 34 anos      DN: 12/06/1985  
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/05/2019      DATA DA ALTA: 30/05/2019  
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dr. Levindo  
DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019

#### DIAGNÓSTICO:

Poitrauma (trauma abdominal Contuso – Trauma Hepático) + Fratura em membro inferior direito

#### TRATAMENTO

Laparotomia Exploradora – Hemostasia de lesão hepática/ Fratura em membro inferior fixada e conduzida pela Ortopedia.

#### EVOLUÇÃO

Evoluiu sem intercorrências: sem queixas, acamado, aceitando bem dieta, boa diurese e flatos e fezes presentes. Ferida operatória limpa, seca e sem sinais de flogose. Mantem internação aos cuidados da ortopedia.

#### ORIENTAÇÃO

- 1- Reavaliação da cirurgia geral se intercorrências (por exemplo: febre, dor forte, vômitos, diarreia).
- 2- Repouso por 60 dias com uso de cinta abdominal.
- 3- Dieta livre; higienização da ferida operatória diária.
- 4- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Coronel Mota, com Dr. Levindo em 7 dias, após marcação no NIR.

BOA VISTA – RR, 31 DE MAIO DE 2019.

MÉDICO (A)  
ASSINATURA/CARIMBO



FICHA DE ENCAMINHAMENTO - HGR

PACIENTE: <u>Silvia Mesquita Nogueira</u>	SUS: [ ]
ENDEREÇO: <u>R. Vega, 698</u>	BAIRRO: <u>Colônia Sete de Setembro</u>
NOME DA MÃE: <u>Mãe: Vete Mesquita Nogueira</u>	
DATA DE NASCIMENTO: <u>12/10/1973</u>	IDADE: <u>33a</u>
CPI: _____	ONE: <u>9519805819</u>
SEXO: MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	<u>(8) 9966-5212</u> (Município)

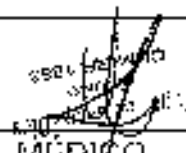
JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:  
Por sintomas de dor abdominal explosiva  
na região.

RESULTADOS DOS EXAMES: \_\_\_\_\_

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ruiva abdominal CID: S369

PRIORIDADE:  VERMELHO ( ) AMARELO ( ) VERDE

DATA: 31/10/2019

  
 MÉDICO  
 (ASSINATURA E CARIMBO)

AGENDAMENTO - CECM

ESPECIALIDADE: Clínica Geral

DATA: 07/06/2019 HORA: 10:00hs

MÉDICO: Dr. Leonardo

Coronel Mota



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA**

NIR

O paciente: Silas Augusto, de 33 anos,  
data de nasc: 20/02/85 contato: (95) 984058219/98411-7479, com o diagnóstico:  
fratura exposta de fêmur sendo como indicação o procedimento: Cirurgia

da ESPECIALIDADE ORTOPEdia, sem data de agendamento no momento até a normalização do serviço  
eletivo, devendo retornar para internação após contato do setor NIR do HGR, contato com 3 dias de  
antecedência para realização do procedimento.

Lembramos que a paralização das cirurgias eletivas se dá pela falta de material e não por falta de profissionais  
da área. Portanto, assim que normalizar o suprimento de matérias essenciais para a realização dos  
procedimentos, o serviço de ORTOPEdia irá chamar os pacientes desospitalizados pelo contato acima de  
acordo com as prioridades médicas e previstas em lei.

O paciente deverá comparecer ao ambulatório no dia 20/06/19 com o médico  
DR. V. A. F. F. F. para acompanhamento extra hospitalar até a normalização da situação e contor  
da unidade para a realização do procedimento indicada.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da  
medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-  
operatórios solicitados, bem como estar em JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO  
PROCEDIMENTO.

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste  
documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e  
horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma  
situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de  
alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre,  
formigamento/mudanças de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deverá  
retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR,  
onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário,  
irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
**MÉDICO ORTOPEdia**  
Assinatura e Carimbo

**PACIENTE OU RESPONSÁVEL**  
Assinatura e CPF:

**MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR**  
Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Silvan Mesquita ANOS \_\_\_\_\_  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 23.05.19 COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do fêmur (D)  
NO DIA \_\_\_\_\_ FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE \_\_\_\_\_  
SENDO  
OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31.05.19 AS 13h00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 12.06.19 AS 7:30 COM O  
DR. Vitor Peres

**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 15 (QUINZE) DIAS DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Peres

*(Signature)*  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1904

204 VISTA 31.05.19

MÉDICO



# BOLETIM OPERATÓRIO

HOSPITAL  
LOTTY IRIS

## HOSPITAL LOTTY IRIS

CNPJ: 11.509.466/0001-22

Responsável Técnico

Dr. Alexandre Salomão de Oliveira - CRM 61496

Nome: GLAUB MOSQUITA NEVES Idade: \_\_\_\_\_

Data: 07/08/18 S.O.: \_\_\_\_\_ Sexo: MASC

Diagnóstico Pré-Operatório:	<u>Pro-destino do Fêmur distal (D)</u>	
Indicação Terapêutica:	<u>TOR para o Fêmur de Tibia</u>	
Tipo de Internação:	<u>CLÍNICO</u>	
Medicações e Acidentes:	<u>---</u>	
Diagnósticos Operatório:	<u>Pro-destino do Fêmur (D)</u>	
Cirurgião	<u>Dr. Alexandre Salomão de Oliveira</u>	
1º auxiliar	<u>Carla</u>	
2º auxiliar		
3º auxiliar		
Anestesiologista	<u>Dr. Alexandre Salomão de Oliveira</u>	
Início	Fim	Duração

# RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Realizado em dois Lobs Plano Anterior
- 2) Anestesia + antiespasmódicos + Gaseificação Peritoneal
- 3) Lavagem da região de forma ampla
- 4) Pro-destino do YBromatômico de Tibia (D)
- 5) Momento Anterior + Bloqueio com Furo e/ou PMS
- 6) Fixação com Parafusos Bloqueados
- 7) Gaseificação ampla da região
- 8) No Curativo
- 9) Lavar Curativo + Soro Físico
- 10) Curativo
- 11) RPA

**WILSON PUGSENTI BORGES**  
Cirurgião / Fisiologista  
CRM 61496  
RQE 610

**Not intended for official interpretation.**

SILVIO FREITAS

UF. 6214-2 BL B

M

PA

5/2/2019

2:42 PM

HOSP. GERAL DE FORTALEZA

Operator NYRATON Gasulho

RM - 01/04

Zona 1002



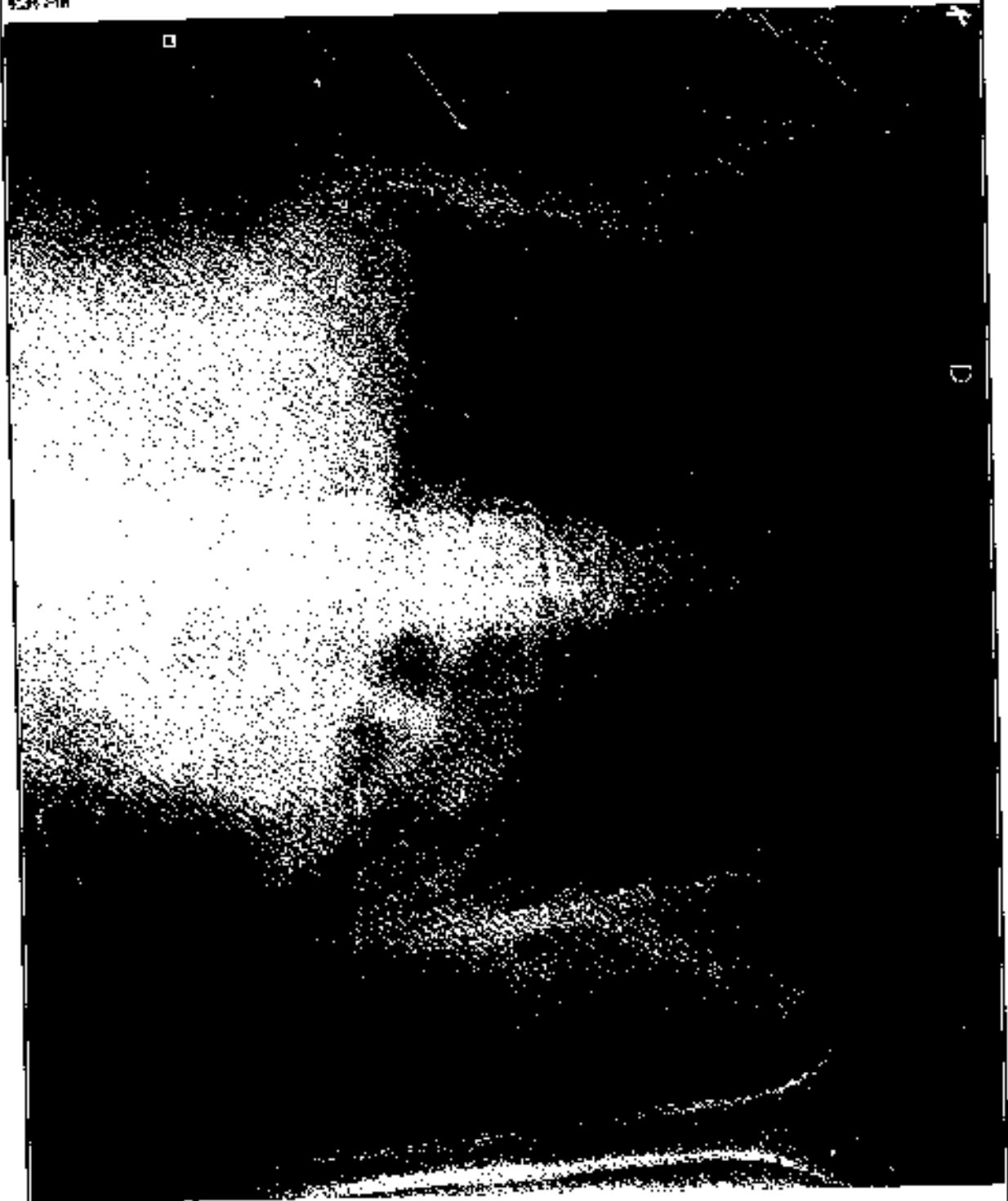
SHI UNIT

L 128  
W 273

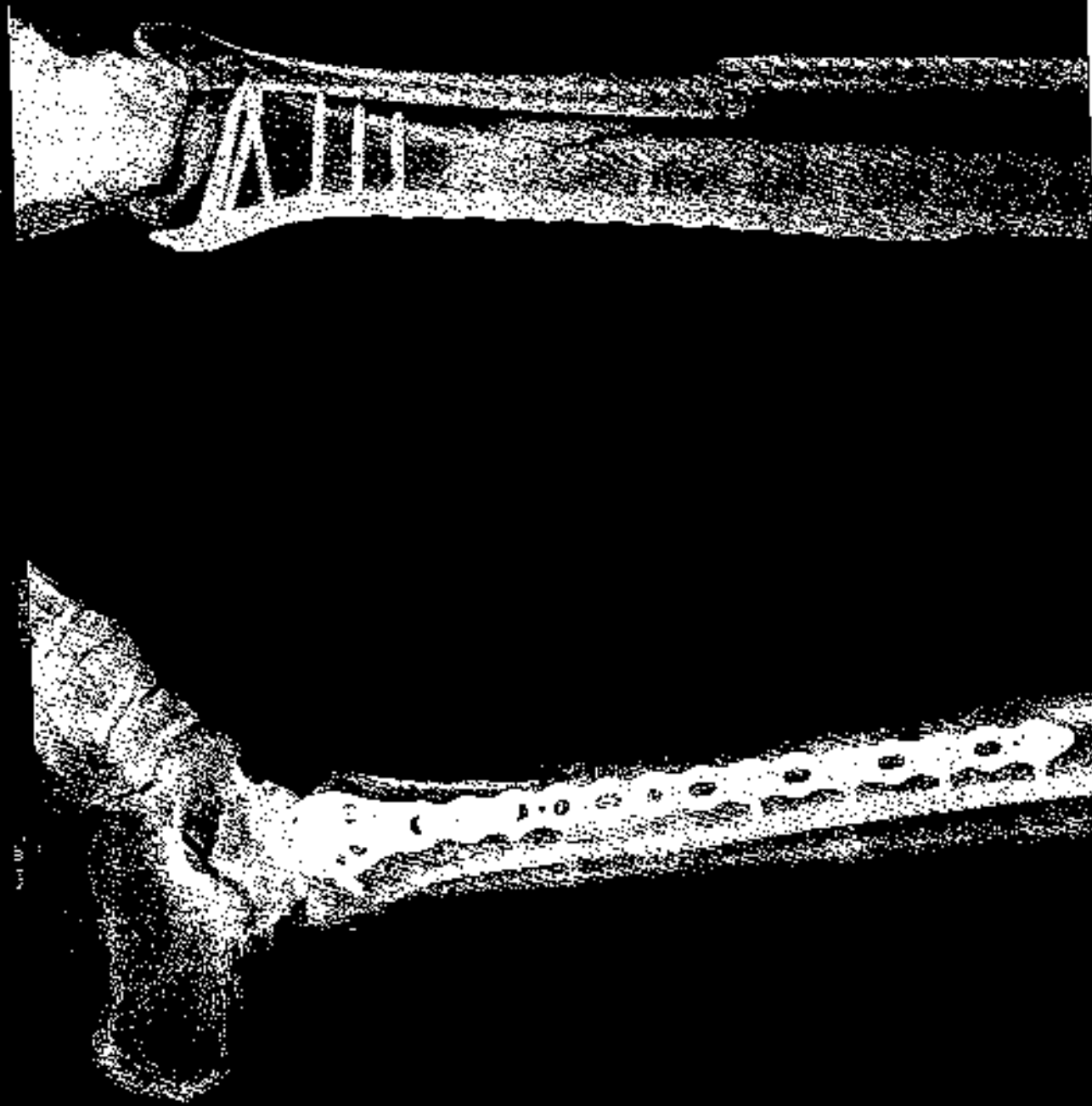
**Not intended for official interpretation.**

GNLAS MESAQUITA ROQUETRA  
BLDG. 13774-02  
M  
PA  
6260013  
424 378

HOSP. GENRAL DE RORAIMA  
Operador NERLAND AUGUSTO  
KV - m/4  
Edom 10694



D



Art. 10225

FRANCESCO FORTI 1970

Art. 10224

Art. 10223

**FOR**

**FOR**

LA RIVISTA DI MODA  
THE NEW PERSONALITY

**Not intended for official interpretation.**

GLAS WIESSUNA NOGUEIRA

PACS 207683062

M

CRANEO

SEZARIO

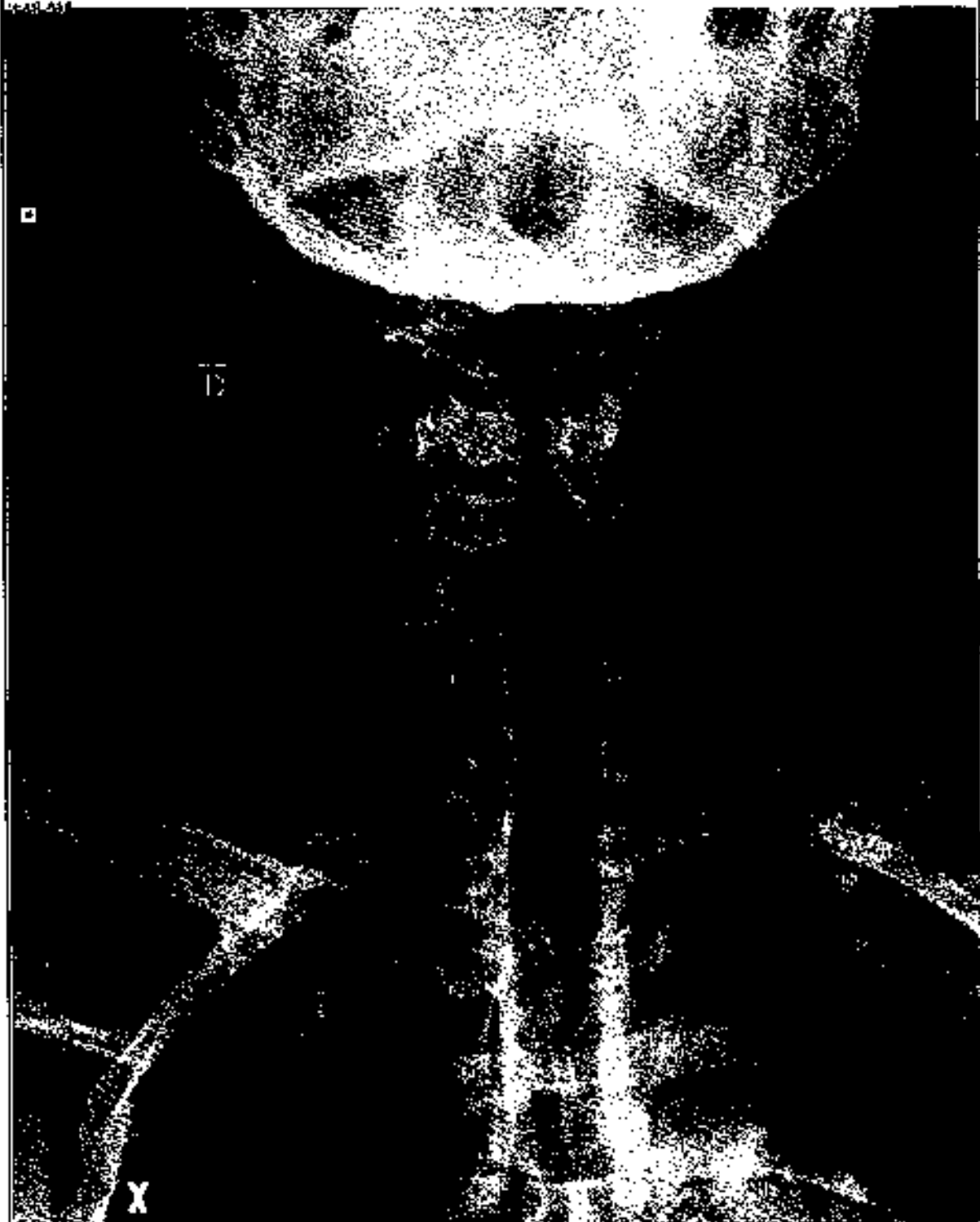
14-03-2011

HOSP GENAL DE BORANHA

Operatório 135/10/06/2011

--KV--mA/s

Zoom 100%



120 mm

L 120  
VV 256

**Not intended for official interpretation.**

SILAS BRESOLBA NOGUEIRA  
1965-2014-00007  
M  
CRANEU  
02/02/2014  
9:17 AM

HOSP GERAL DE ROCHA  
Operador: HOSPITAL  
- RV - 1844  
Score: 100%



583 mm

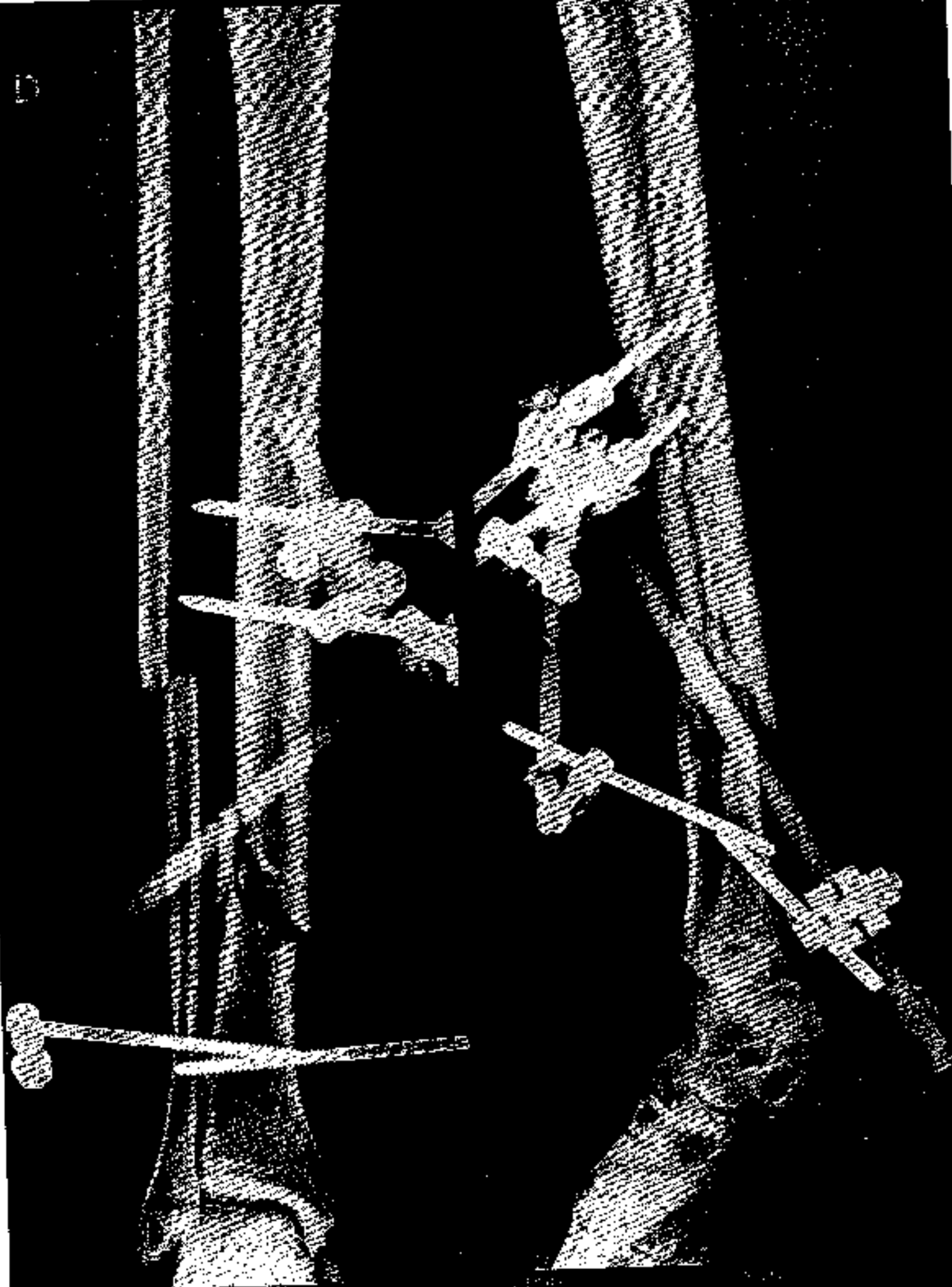
L 136  
W 256

# Not intended for official interpretation.

SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
1962-2074859082  
M  
CRANEO  
CRANIO  
045 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operatório TORRADO F. SUEZEP  
- IV, - IIIA  
Zona 100%





SILAS MATSQUITA

6213

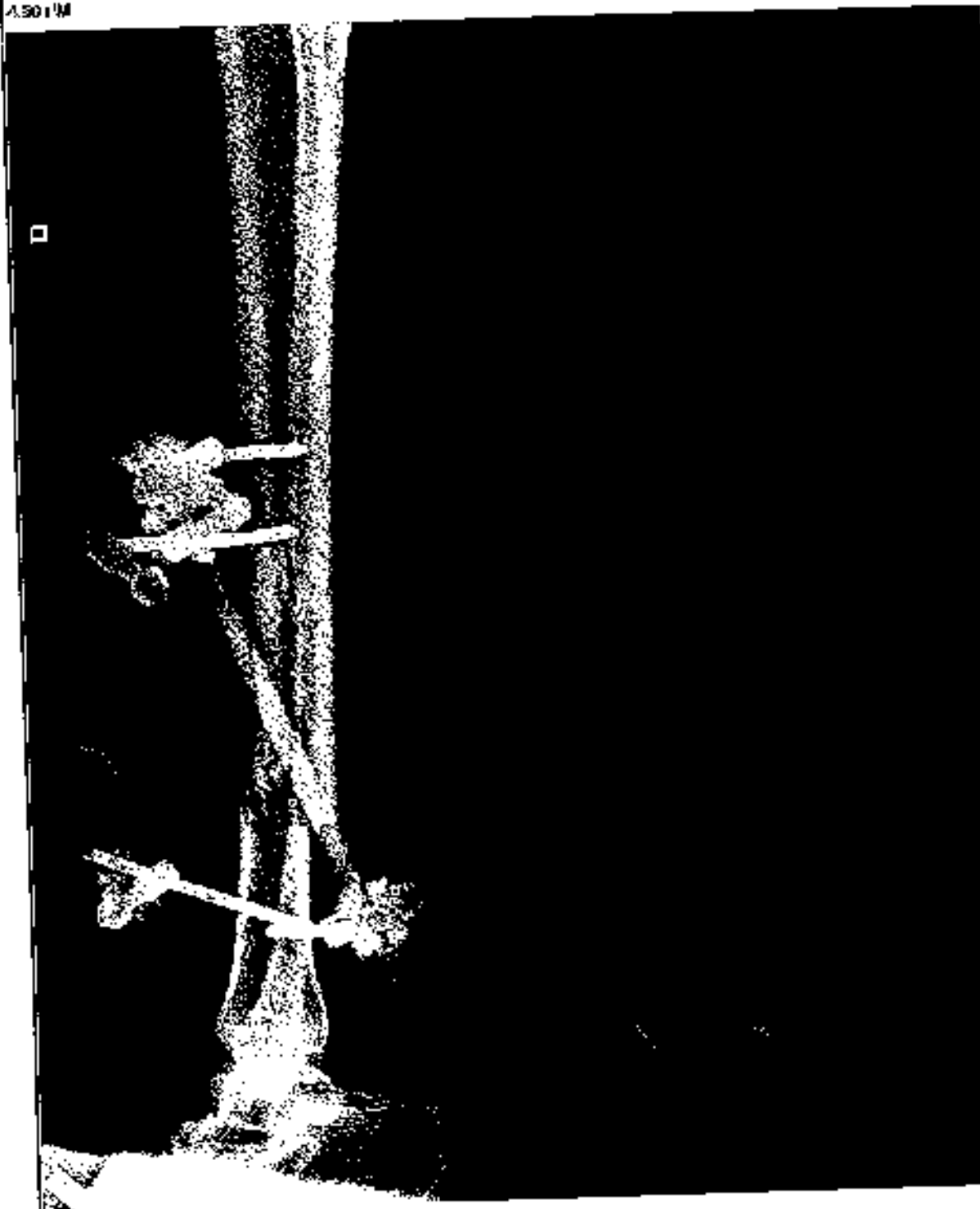
HOSPITAL CORONEL MOYA



**Not intended for official interpretation.**

GRAS BESQUITA  
DLOGL 13-214-2  
07/27/085  
PERNA  
E032049  
A.501M

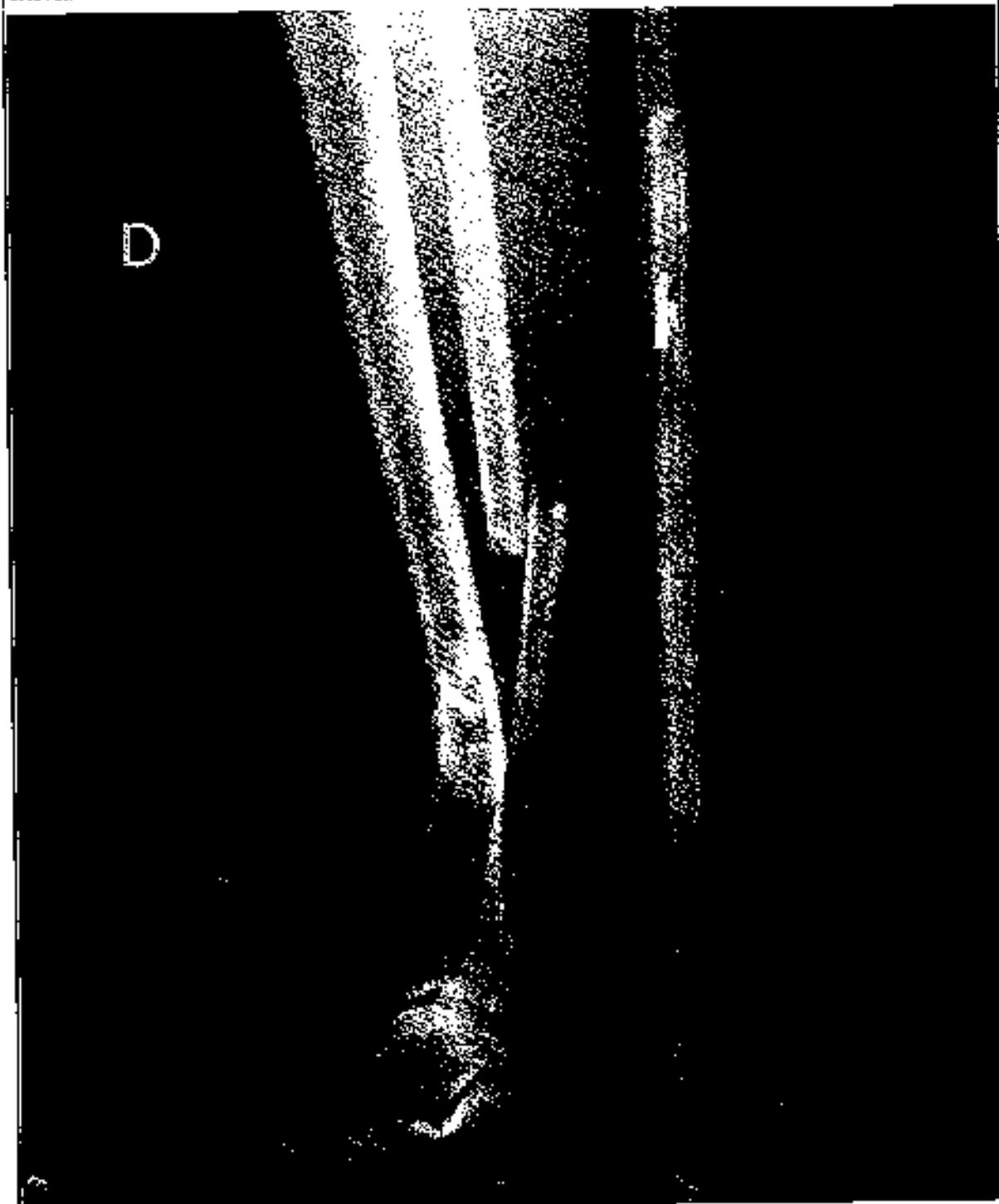
HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operador: RFFAROS/AMBBHB  
- KV, - mAs  
Zoom 100%



# Not intended for official interpretation.

SILAS MESQUITA ROSARIO  
PACS 207453407  
54  
CRANEO  
172520113  
8:45 AM

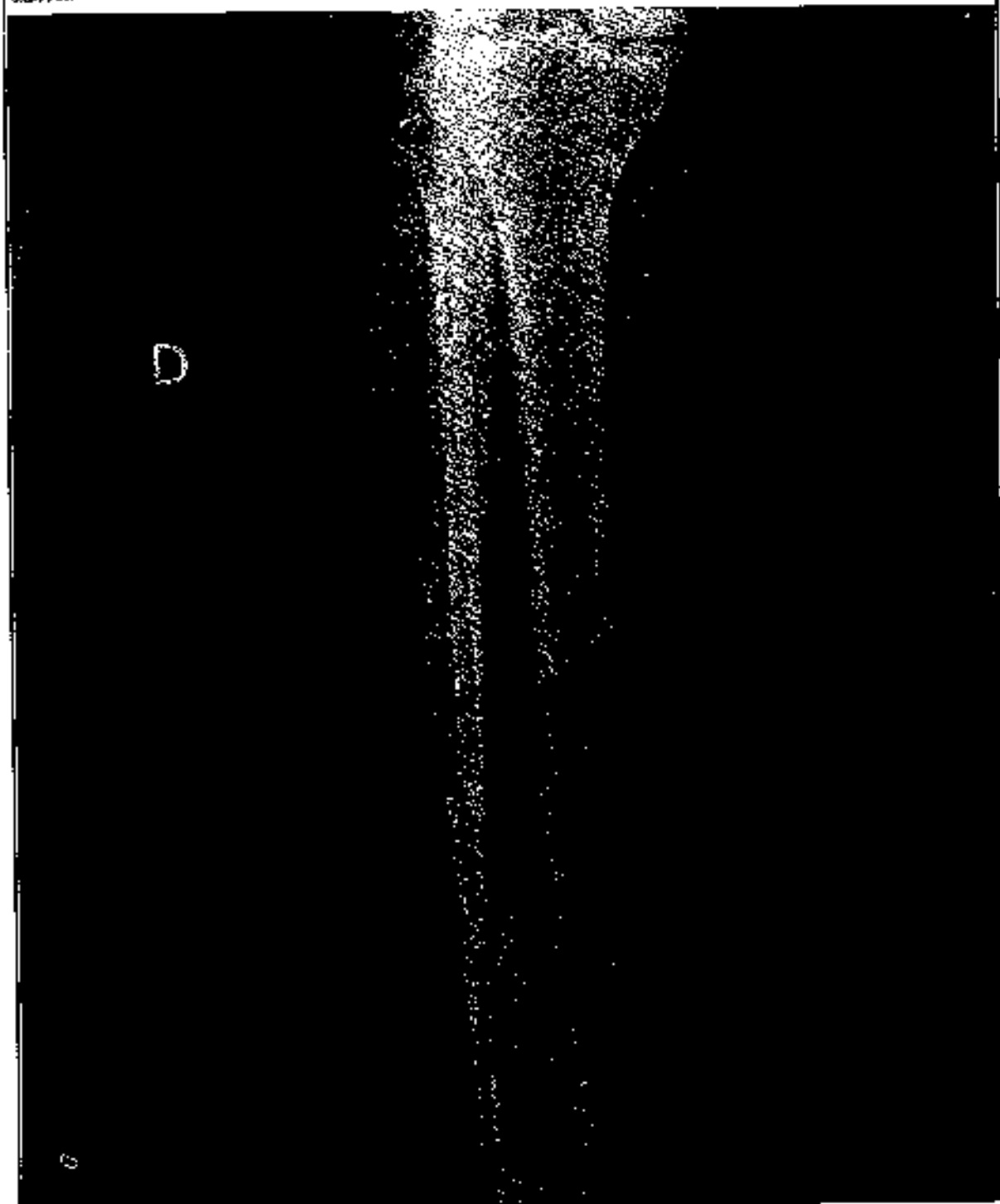
HOSP. GERAL DE RORAIMA  
Operatório MAXARAKA  
- IV, RAS  
Zona 1907



# Not intended for official interpretation.

GLAS MESSQUITA NINHEIRA  
PACS 217 (R39117)  
M  
ORANGE  
60262011  
6:20 AM

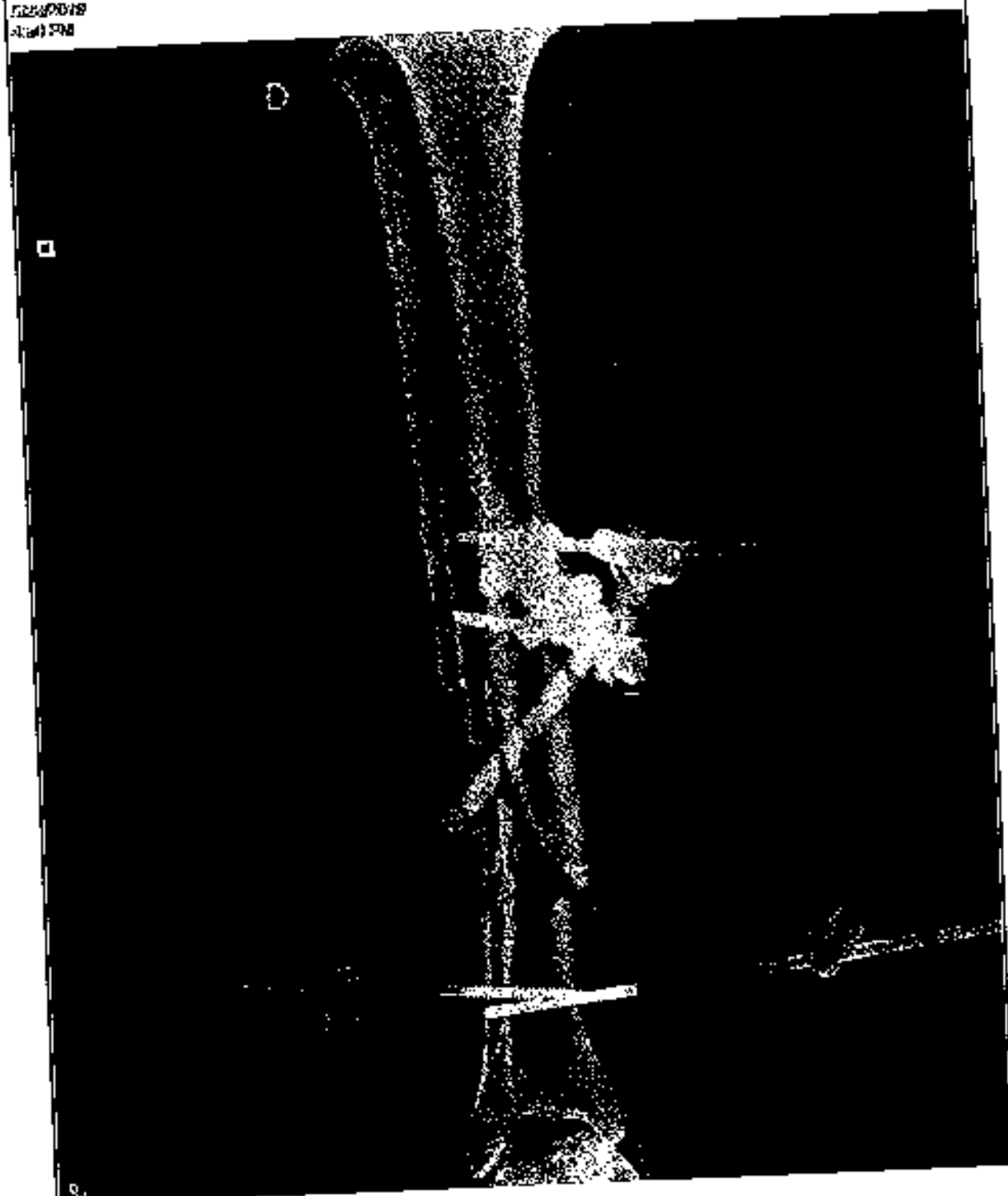
HOSP. CENTRAL DE RORAIMA  
Operador: ROBERTO / rad@emim  
- EX - mAn  
Zoom 100%



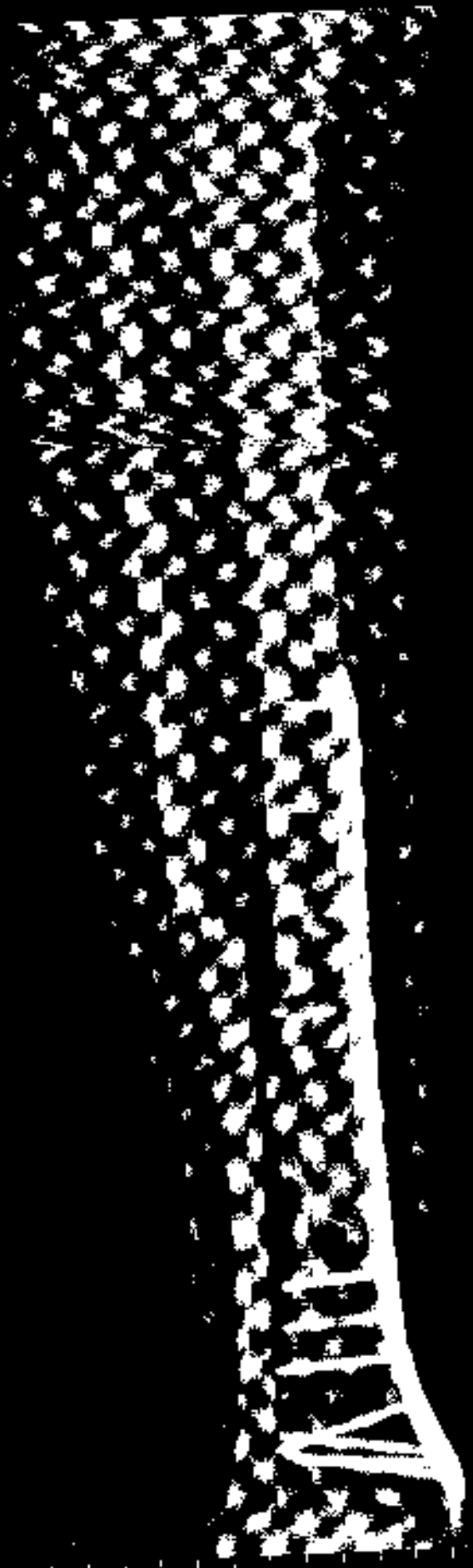
Not intended for official interpretation.

HOSP. GEPAL DE INGENIERIA  
Departamento de Ingenieria  
-AV.-  
Zona 13000

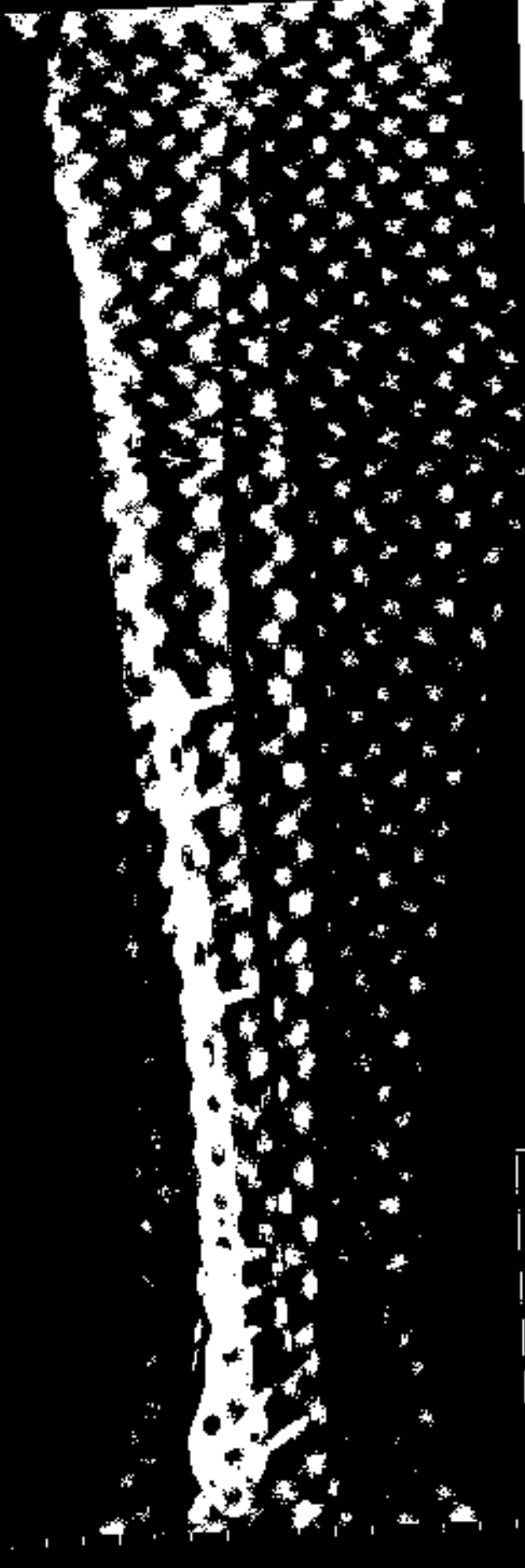
SOLAS MESCUSA  
MADRID 28214-2  
INGENIERO  
PERNA  
MADRID  
28214-2



D



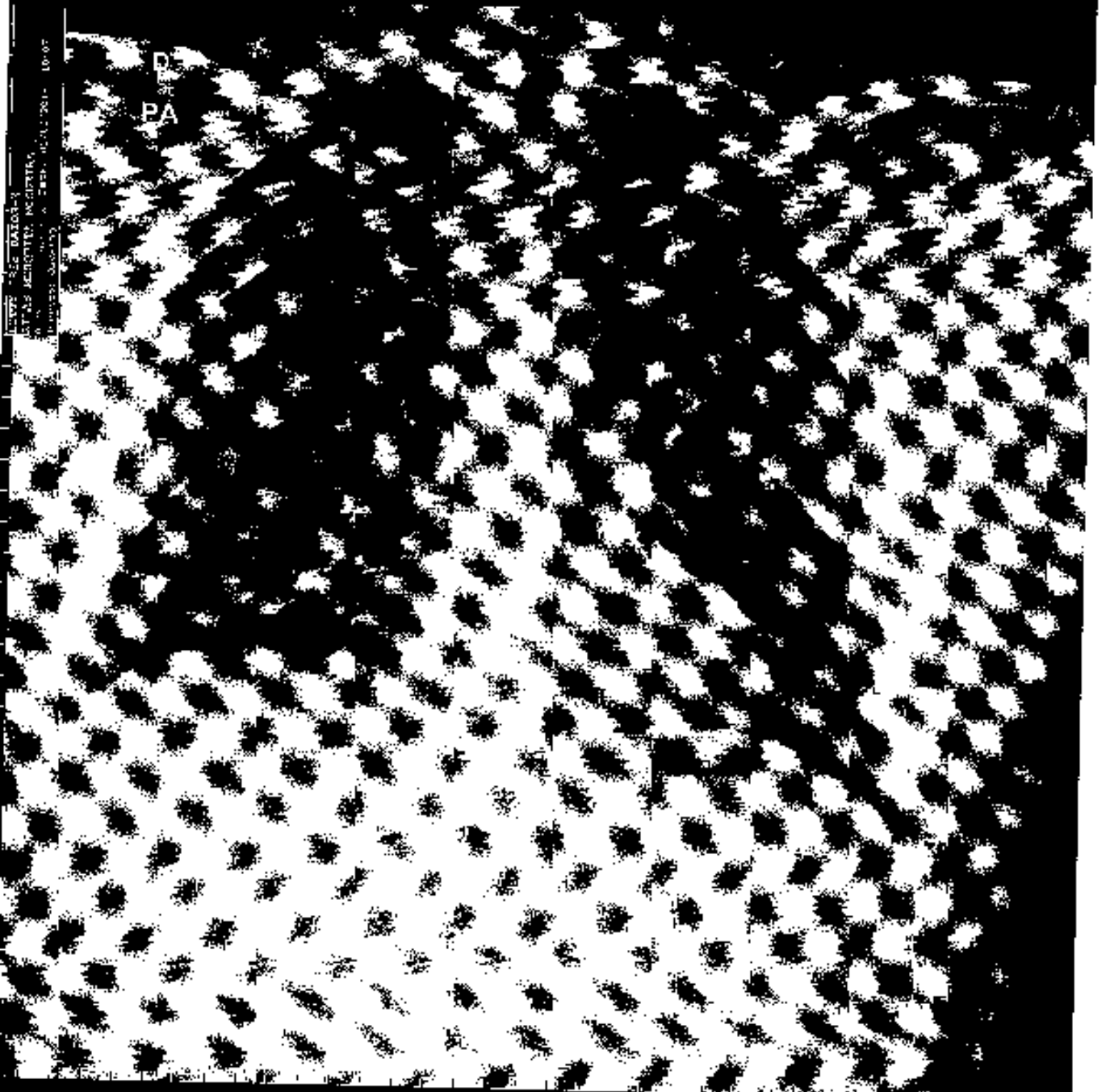
UNITED STATES GOVERNMENT  
PHOTOGRAPHIC SERVICE  
WASHINGTON, D. C. 20540



UNITED STATES GOVERNMENT  
PHOTOGRAPHIC SERVICE  
WASHINGTON, D. C. 20540

REF: SEE DAIGON-  
LTPAS MEMOTIA INCENTIA  
D. S. 10-11-1981- 10-07  
REVISION: 10-11-1981

D  
PA



## Laudo Fisioterapêutico

PACIENTE SILAS MESQUITA NOGUEIRA, 34 ANOS, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE ALTO ALEGRE.

NO DIA 25 DE MAIO DE 2019, O REFERIDO PACIENTE, SOFREU ACIDENTE DE MOTO, RESULTANDO EM FRATURA DE MIB (TÍBIA E FÍBULA); O MESMO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA NO DIA 08 DE AGOSTO DE 2019 PARA COLOCAÇÃO DE PLACA CIRÚRGICA NA TÍBIA E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO PARA FISIOTERAPIA.

NA AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA FORAM AVALIADOS OS SEGUINTE ASPECTOS: ADM (AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA DORSO-FLEXÃO, FLEXÃO PLANTAR, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ), GRAU DE FORÇA MUSCULAR, TROFISMO E TESTES ESPECIAIS DE SENSIBILIDADE. NOTOU-SE PEQUENA REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR QUANDO COMPARADO AO OUTRO MÍMBRO, E PEQUENO GRAU DE ATROFIA MUSCULAR, SEM ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE; ADM PRESERVADA PARA MOVIMENTOS DE TORNOZELO E PÉ.

PACIENTE ENCONTRA-SE AINDA SEM LIBERAÇÃO PARA DEAMBULAÇÃO.

Ruth S. Moreira  
Fisioterapeuta  
CREFTO 252215-F  
430

ALTO ALEGRE-RR, 20 DE OUTUBRO DE 2019.



INSTITUTO DE TRAUMA E ORTOPEDIA DE CURITIBA

## LAUDO MÉDICO

PACIENTE SILAS MESQUITA NOQUEIRA, 34 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO DIA 25/05/2019.

REALIZADO TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA, COM FIXADOR EXTERNO + LAPAROTOROMIA EXPLORATÓRIA DEVIDO LESÃO HEPÁTICA.

AGUADOU MELHORA DE PARTES MOLES, COM TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM 08/08/2019, COM OSTEOSSINTESE DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

HOJE COM BOA EVOLUÇÃO, SEM SINAIS INFECCIOSOS, AGUARDANDO LIBERAÇÃO CLÍNICA PARA INÍCIO DE REABILITAÇÃO MOTORA. A DISPOSIÇÃO,

Vitor Perceat Santiago  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-RR 1835  
RQE: 910

BV 18/08/19

Responsável Técnico Dr. Vitor Perceat Santiago CRM 1835 - RR RQE 910



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Polegar Direito



SILAS MESQUITA NOGUEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 242770

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/07/2019

NOBRE

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

FILIAÇÃO

ANTONIO DOS SANTOS NOGUEIRA  
MARINETE MESQUITA NOGUEIRA  
NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

CERTD NASC 42901 FLS 120 LIV A-55  
BOA VISTA-RR

795.531.762-91

2ª VIA

AMADÉU ROCHA TRIANI  
Mestre de Polícia

DATA DE NASCIMENTO 12/06/1985

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P6



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
564401

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434845/19

**Vítima:** SILAS MESQUITA NOGUEIRA

**CPF:** 795.531.762-91

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 25/05/2019

**Titular do CPF:** SILAS MESQUITA  
NOGUEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SILAS MESQUITA NOGUEIRA : 795.531.762-91**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
CPF: 795.531.762-91

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILAS MESQUITA NOGUEIRA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.5/6/7\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190679369 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILAS MESQUITA NOGUEIRA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL.  
FRATURA EXPOSTA TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA-HEMOSTASIA DE LESÃO HEPÁTICA).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.5/6/7\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434845/19

**Vítima:** SILAS MESQUITA NOGUEIRA

**CPF:** 795.531.762-91

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 25/05/2019

**Titular do CPF:** SILAS MESQUITA  
NOGUEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**SILAS MESQUITA NOGUEIRA : 795.531.762-91**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/12/2019  
Nome: SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
CPF: 795.531.762-91

SILAS MESQUITA NOGUEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

---

**Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679369**

**Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

**Data do Acidente: 25/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

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



---

**Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190679369**

**Vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

**Data do Acidente: 25/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **SILAS MESQUITA NOGUEIRA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000522-3**

Conta: **0000003320-0**

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





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: 795-531-762-91 4 - Nome completo da vítima: SILAS MESQUITA NOGUEIRA

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

5 - Nome completo: SILAS MESQUITA NOGUEIRA 6 - CPF: 795-531-762-91  
 7 - Profissão: ALTOONOMO 8 - Endereço: RUA VEGA 9 - Número: 698 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-574  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 98409-0723

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

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

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 0003320 0 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR 29 de 11/2019  
SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

<b>BOLETIM Nº</b> 2712/2019	<b>DELEGADO:</b> Douglas Gabriel da Cruz		
<b>DATA:</b> 25/05/2019	<b>ATENDENTE:</b> Alexandra Balico		
<b>HORA:</b> 00:50 min	<b>LOCAL DA OCORRÊNCIA:</b> Av. Rui Baraúna c/ Av. Parimé Brasil	<b>DATA:</b> 25/05/2019	<b>HORA:</b> 7h e 30min
<b>DESPACHO</b>			

DADOS DO COMUNICANTE			
<b>NOME:</b> ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM	<b>CPF:</b>	<input type="checkbox"/> Arquivar (foto atípica) <input type="checkbox"/> Aguardar novos fatos <input type="checkbox"/> Intimar o comunicante/vítima <input type="checkbox"/> Intimar suspeito <input type="checkbox"/> Intimar as partes para TCO	
<b>DATA NASC:</b>	<b>End:</b>	<b>RG:</b>	
<b>PAI:</b>	<b>MÃE:</b>	<input type="checkbox"/> NACION: apresentação	
<b>ESCOLARIDADE:</b>	<b>NATURAL:</b>	<input type="checkbox"/> RAÇA: para investigação	
<b>SEXO:</b>	<b>IDADE:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ao	<b>DAT</b>
<b>TEL CEL:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>PROFISSÃO:</b>	<input type="checkbox"/> Aguardar o comparecimento da vítima <input type="checkbox"/> Decurso do prazo decadencial - Arquivar <input type="checkbox"/> Requisitar relatório <input type="checkbox"/> Intimar

DADOS DO AUTOR			
<b>NOME:</b>	<b>CPF:</b>	<input type="checkbox"/> Decurso do prazo decadencial - Arquivar <input type="checkbox"/> Requisitar relatório <input type="checkbox"/> Intimar	
<b>DATA NASC:</b>	<b>End:</b>	<b>RG:</b>	
<b>PAI:</b>	<b>MÃE:</b>	<input type="checkbox"/> NACION: 22.05.19	
<b>ESCOLARIDADE:</b>	<b>NATURAL:</b>	<input type="checkbox"/> RAÇA:	
<b>SEXO:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>PROFISSÃO:</b>	Dr. Douglas Gabriel da Cruz Delegado de Polícia Civil Mat. 042700194
<b>TEL CEL:</b>	<b>ESTADO CIVIL:</b>		

DADOS DA INFRAÇÃO		
<b>CÓD. INFRAÇÃO</b>	<b>INFRAÇÃO</b>	<b>QUALIFICAÇÃO</b>
	Acidente de trânsito	

**HISTÓRICO**

O Comunicante acima compareceu nesta delegacia para informar que foram acionados para atender uma ocorrência de Acidente de Trânsito com vítima, onde a motocicleta HONDA BROS NXR 150, cor BRANCA, de PLACA NAY-0518, conduzida por Silas Mesquita Nogueira colidiu com a traseira do caminhão VW /8.120, cor Branca, de PLACA JXN-9150, conduzido por Paulo dos Santos Araújo. Que o Sr. Silas foi removido ao PSE, pois apresentava uma possível fratura na perna direita. Que a perícia esteve no local, e após a realização da mesma, os veículos envolvidos foram liberados aos seus proprietários. É o relato.

Alexandra Balico  
Agt. Car. De Policia Civil

ROP PM Nº069655 SÉRIE J 1º BPM  
Comunicante

**DAT**  
Confere com original  
Data: 03/10/2019  
  
Assinatura

Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerário de Policia Civil  
Mat. 042000855

Aguarde-se represe  
tação. B.V., 31/05/19  
Glauber L.

# 1º BPM-RR

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 069655

Vtr 656	SUCp 1º BPM	Data 25/05/2019	S/Setor LESTE	H/Transm 07:30	H/Ini 07:30	CH/H 07:35	H/Fim 10:22
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005/13006/13999	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini 81675	Km/Fin 81689			

## LOCAL DE OCORRÊNCIA

End: Av. Rui Barauna com Av. Parimé Brasil

Bairro: Caranã

Ref:

## PESSOAS RELACIONADAS

1	Condutor	Nome: Paulo dos Santos Araújo	Idade: 239	E. Civil: União Estável
Endereço: Travessa Raimundo Alves de Souza nº145 Bairro: Jardim Tropical				
Edt. R.G 3506827 RR		CNH 02252291415	Profissão: Motorista	
2	Condutor	Nome: Silas Mesquita Nogueira	Idade: 35	E. Civil: União Estável
Endereço: Rua Vega nº169 Bairro: Satélite				
Edt. R.G 242770 RR		CNH 03541883624	Profissão: Motorista	
3	Resp pela Moto	Nome: Elis Regina Vela Coelho	Idade: 29	E. Civil: Solteira
Endereço: RUA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA Nº 728 BAIRRO CIDADE SATELITE				
Edt. R.G 3454649 RR		CNH 04498916660	Profissão: Do Lar	

## Veículos Envolvidos

Condutor 01: Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXN9150): Avarias Conforme pericia;  
Condutor 02: Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518): Avarias Conforme Pericia.  
Obs: O condutor 02 apresenta uma possível fratura na perna direita.

ASSINATURA

CARGO

ACPL

LOCAL

3º DP

HISTORICO

Senhor (a) Delegado (a) do 3º DP,

Fomos acionados via CIOPS para atendimento de ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos materiais no endereço acima citado, no local fomos informados que o Senhor PAULO trafegava na Avenida Parimé Brasil sentido ao Bairro Cidade Satélite conduzindo o Caminhão VW/8.120 cor Branca (JXW9150) momento em que chegou ao cruzamento com a Avenida Rui Barauna, reduziu a velocidade em virtude do sinal vermelho, momento em que foi colidido na traseira de seu veículo pelo Senhor SILAS que trafegava na mesma Avenida e Sentido do Senhor PAULO, conduzindo a Motocicleta Honda Bros NXR 150 cor Branca (NAY0518), o SAMU esteve no local e fez a remoção do Senhor SILAS ao PSE, o mesmo apresentava as lesões aparentes supramencionadas; a pericia esteve no local (Perito Silvio) fazendo o levantamento do acidente e relacionando as avarias dos veículos; que o veículo do item 01 estava em situação administrativa regular e foi liberado no local para o mesmo; que a motocicleta do item 02 estava em situação regular e foi liberada no local para a item 03; que após a pericia a guarnição deslocou até o PSE onde recebeu a informação que o Senhor SILAS havia sido encaminhado ao Centro Cirúrgico daquela Unidade Hospitalar; que diante dos fatos apresento o relatório para as medidas que julgar necessárias.

Handerson Luiz Matos Queiroz

408921

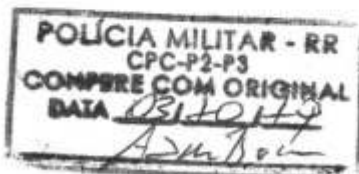
Nº

2ºSGT PM

Posto/Graduação

1º BPM

SUOp



Adailson Santos da Silva  
Func. Civil PM/RR  
Mat. 44005023

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

DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do formulário:

3 - CPF da vítima:

795-531-762-91

4 - Nome completo da vítima:

Silas Mesquita Nogueira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo:

Silas Mesquita Nogueira

7 - Profissão:

ALTOBOIA

8 - Endereço:

Rua Vitor

5 - CPF:

795-531-762-91

9 - Número:

098

10 - Complemento:

21 - Bairro:

15 - L. mail:

BOA VISTA

13 - Estado:

PR

11 - CPF:

69.317.574

16 - INSCREVAÇÃO:

188409-0723

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR FURADOR) 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, estar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$2.000,00

R\$1.000,00 ATE R\$2.000,00

R\$2.000,00 ATE R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

22 - TIPO DE BENEFICIÁRIO:

BENEFICIÁRIO DA INCAPACITAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCAPACITAÇÃO (PAIS, TUTOR, TUTOR)

23 - TIPO DE CONTA:

24 - BANCO:

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

25 - CONTA CORRENTE (bancos e financeiras)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0522

3

CONTA: 0003320

0

AGÊNCIA:

CONTA:

Informar o tipo de conta:

Informar o código de agência:

Informar o código de estado:

Informar o dígito de verificação:

Autorizo a Seguradora Líder a criar na minha base de informações, de minha titularidade, o valor da indenização ou provento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, considerando o dano, desde que o pagamento seja a critério da avaliação total de danos realizada.

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

26 - Declaro, sob as penas da lei, que estou empossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.112/90), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se não for possível dentro do prazo de 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inválida permanente, ou, caso não haja documentação médica ou laudo de IML para comprovar a incapacidade, eu, quando for necessário, de acordo com o regulamento do seguro, apresentarei o laudo de IML para fins de avaliação de danos.

Declaro que este pedido não se aplica a área de indenização de futura invalidez ou pensão por invalidez a ser avaliada pelo IML, caso ocorra o sinistro.

DECLARAÇÃO DE LÍNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

27 - Estado civil da vítima: 28 - Se a vítima deixou companheiro(a): 29 - Se a vítima deixou filhos, informar: 30 - Se a vítima deixou irmãos, informar: 31 - Se a vítima deixou pais, informar: 32 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: 33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar:

28 - Vítima com filhos: 29 - Se a vítima deixou filhos, informar: 30 - Se a vítima deixou irmãos, informar: 31 - Se a vítima deixou pais, informar: 32 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: 33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar:

29 - Se a vítima deixou filhos, informar: 30 - Se a vítima deixou irmãos, informar: 31 - Se a vítima deixou pais, informar: 32 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: 33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar:

30 - Se a vítima deixou irmãos, informar: 31 - Se a vítima deixou pais, informar: 32 - Se a vítima deixou outros parentes, informar: 33 - Se a vítima deixou outros parentes, informar:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, em caso de morte, o valor da indenização ou provento do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem a qualquer tempo, desde que qualquer onerosidade declarada não venha a ser cobrada, sob o compromisso de me assegurar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legítimo de quem assina a pedido (a regra):

35 - CPF legítimo de quem assina a pedido (a regra):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra):

38 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - PR 29 de 11/2019

Silas Mesquita Nogueira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# FICHA DE ATENDIMENTO

# Nº 0961



UNIDADE: **QUIPE SAMU BV**  
**RAVO III**

EQUIPE: *Fabrana / João*

Paciente: *Silas Marques Noqueira* Idade: *33* Sexo: *M*  
 Nacionalidade: *Brasileiro* Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [x] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]  
 Endereço: *Rui Barauna / Parine Brasil* Bairro: *Caramã*

Nº *8514* DATA *25/05/2019* HORA J/9: *6:59* BASE  VIA ( ) ( ) RÁDIO  
 Médico (a) Regulador (a): *M. Erico* HORA J/10: *7:01*  CELULAR

MOTIVO INICIAL: *Colisão* *7:28-7:42*  
 INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora  1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )

### TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura       | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento  | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico  | <input type="checkbox"/> Transferência       |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF           | <input type="checkbox"/> Envenenamento         | <input type="checkbox"/> Queda            | <input type="checkbox"/> Exame complementar  |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB           | <input type="checkbox"/> Afogamento            | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros              |

### ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

### AValiação INICIAL

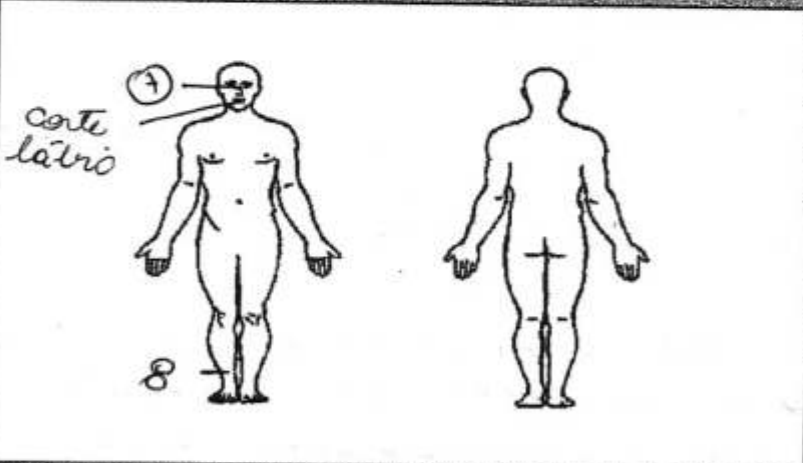
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento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

### SINAIS VITAIS E ECORDES

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 <i>7:25</i>	<i>110 x 80</i>	<i>95</i>	<i>20</i>	<i>98</i>				<i>13</i>
Fim <i>7:42</i>		<i>89</i>	<i>20</i>	<i>98</i>				

### AValiação SECUNDÁRIA

- LESÃO IDENTIFICADA**
- 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



- ABERTURA OCULAR**
- 4 - Espontânea
  - 3 - Ao comando
  - 2 - À dor
  - 1 - Sem resposta
- RESPOSTA VERBAL**
- 5 - Orientado
  - 4 - Confuso
  - 3 - Palavras inapropriadas
  - 2 - Palavras incompreensíveis
  - 1 - Sem resposta
- RESPOSTA MOTORA**
- 6 - Obedece a comandos
  - 5 - Localiza a dor
  - 4 - Movimento de retirada
  - 3 - Flexão anormal
  - 2 - Extensão anormal
  - 1 - Sem resposta

AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Infecçosa	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> AESP		
<input type="checkbox"/> Assistolia		

GRAVIDADE COMPROVADA: [ ] Ileso [ ] Pequena [ ] Média  Severa [ ] Óbito

*Dr. Fernando André Martins Faria*  
 Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço  
 CRM-RR: 1023

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 110119

AValiação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no caso de acidente)

AValiação NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

INCIDENTES

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

- Polícia Militar
- Guarda Municipal
- SMTRAN

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/Bos 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 type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° <u>18</u>	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
SRL	500ml	EV	7:25				
				Luvas 9-8			
				Luvas P-10			

1 atadura 8cm      4 ataduras 15cm      1 SRL 500ml  
 1 compressa      1 Pct gases      1 equipo      1 gelco 18

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Falixão Moto x Caminhão, Masculino 33 anos encontrado ao solo DHE, responde a solicitação aparentemente alcoolizado, apresenta possível halitose de úso nasal, hemorragia, otorragia, corte em lábio superior, e fratura exposta MID (tibia) realizado imobilização conforme protocolo, imobilização da lesão, acesso venoso calibroso SRL 500 ml, SSVU monitorados e estáveis. Conduzido ao GT conforme regulador Médico, Trajeto S/A ventríque SPO2 98% Fc 89 bpm

SAMU 192-BV  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 11

Buenos





Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO

0136232-1

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

Nº da Nota Fiscal: 002862962  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	01/06/2019	373	311,29

SILAS MESQUITA NOGUEIRA  
R. VEGA 698 Q 87 LT 522 CIDADE SATELITE  
CPF: 00079553176291  
CEP: 69.317-574 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.11.099800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVArh		
Atual:	10283	Atual:	14/05/2019
Anterior:	9910	Anterior:	11/04/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11/06/2019
Consumo Medido:	373	Emissão:	13/05/2019
Consumo Faturado:	373	Apresentação:	15/05/2019

Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	BT	14EDB09582	0	1415115	1.1.1.2

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
ABR/19 425	CONSUMO 373 A R\$ 0,764602 = 285,19
MAR/19 377	ILUMINACAO PUBLICA 26,10
FEV/19 326	
JAN/19 367	
DEZ/18 415	
NOV/18 383	
OUT/18 388	
SET/18 299	
AGO/18 238	
JUL/18 191	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 373 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade Consumidora solicita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 00/05/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na CEPAC. Informamos ainda existir em pendência vencidas a reavaliadas no valor de R\$ 0,00, no valor histórico. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,27	Base de Cálculo:	285,19
Energia:	155,37	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	48,48
Encargos:	8,07	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	18,18	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
1,97			4,00			0,98	

FLORESTA

ROT: 32.001.24.11.099800



Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO	0136232-1	TOTAL A PAGAR - R\$	311,29
MÊS FATURADO	05/2019	VENCIMENTO	01/06/2019
Nº da Nota Fiscal:	002862962	FCAM	

83600000003 1 11290075000 4 000000000136 2 23210519008 5

