

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: 2665116220200316114114

Processo 0806806-74.2020.8.23.0010 ☆ - (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:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08068067420208230010

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 **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA**, 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 **20/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **07/10/2019**.

Cumpre 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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/2015¹, 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/2015².

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, CPC³.

¹[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.

²[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;

³“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)

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

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

Número: 3190652390	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA	Data do acidente: 20/08/2019	Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 27/11/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações: PÁG. 17/18/23_CIRURGIA / PÁG. 28_LAUDO MÉDICO.				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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 irretratável 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, recorrendo 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.

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 STJ⁵.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷

⁵ **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.”

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

⁷ **art. 1º. (...)**

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

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:

- 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,

BOA VISTA, 6 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 a 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 sequela 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 sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do 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 **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08068067420208230010.

Rio de Janeiro, 6 de março 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

BLOCO A atp: 28/08/19

COPIA DO
FOLHETO
FOLHA

1 - NOME DO PACIENTE
2 - NOME DO PAZ
3 - NOME DO PAZ

4 - NOME DO PAZ
5 - NOME DO PAZ

6 - NOME DO PAZ

Glória Regina de Almeida Silva

11 10/74

1174665

84 18100312129155515619

1959911295930

Residência de Almeida Silva

Rua Dandae Pinheiro 143 Antunes Rude

140000 RRT

Boa Vista

JUSTIÇA DA INTERIOR

17 - PRATICA DE INTERIORES

Justiça de Interiores (D)

Tratamento Cirurgico

RX



Justiça de Interiores

PROTECTORIO SUSTENTADO

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Glória

20/08/19

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

Autos de Interiores

03080/0019
5825 1068
V19

20/8/19

278



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A-68

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM () NÃO ENTRADA: 20/10/81
ORS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cláudia Regina de Almeida Silva
DATA DE NASCIMENTO: 11/10/74 IDADE: 44 anos
SEXO: (X) FEM () MASC. TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: Brasileira NATURALIDADE: Roraima
ENDEREÇO: Av. Fardim - Condomínio Jardim 13/05 apto 203
Nº 580 - BAIRRO: Pádua Antônia - CIDADE: Boa Vista
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Sônia
PARENTESCO: amiga CONTATO: 991239302
POSSUI DOCUMENTOS: (X) SIM () NÃO
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO
() BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO DOENÇA () OUTROS: _____

III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

Paciente vítima de acidente de motocicleta/
motocicleta. Aguardando o cirurgia. Realizado acolho-
mento e orientações sobre DPVAT e rotina do
hospital.

W. D. Pinheiro
Assistente Social
CRESS 0086-27ª Região/RB

ASSISTENTE SOCIAL _____

DATA: / /

ok

A-68 V2

21:05h

PA: 141x95
FC: 59
FR: 25
Tm: 36,6

Marcelo C. ...
Bom dia ...

NTF

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: Gláucia R. ...					
AGNOSTIC: Ex ...					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	10/08/14
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SND
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				12
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SND
8	SIMETICONA 60 GOTAS VO DE 8/8 h				12
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
12	Prednisona 5 mg 2x (VO) 1x / dia (12/12h)				12
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
17	SSVV + CCGG 8/8 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
19					REALIZAR
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E QUA GLICOSE > 70
DM/L GLICOSE 0,9% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE: BEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIAOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCIDADO, HIDRATADO
SOLICITADO: RX; # CONDIÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Doente com sintomas de ...
uso CONTINUO DE
PREDNISONA.

SINAIS VITAIS			
B/H	PA	FC	FR
12 H	140/93	71	36°C
18 H			
24 H	143/95	59	36,6

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Fernando Rezende

1800h Dorso 94 mg/kg

Após ...

1º em 5 ...
A-68

6.8 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 20/08/2019 DN 11/10/1974

PACIENTE: BLÁDIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE MALEÓLO MEDIAL D

ALERGIA: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 44 ANOS LEITO: 68-A DATA: 21/08/19

SEXO: FEM PRESCRIÇÃO: HORARIO:

DIETA: ORAL EVRE

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO:

1. SI 9% 600ML EV 6/8H

2. DIFENHIDRAMINA 50MG EV DE 8/8H

3. FENILAT 20MG EV DE 12/12H

4. TRAMAL 50MG + SER 2% 100ML EV OU VO DE 3/8H SE DOR INT

5. NALBUFINA 10MG + 50ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

7. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 3/8H SN

8. SIMETICONA GOTAS 16 GOTAS VO DE 3/8 H SN

9. TRANAL 100MG VO DE 8/8H SN

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

Obs: Por favor tranquilizar no sentido de dar a dor medicada conforme prescrição médica. Seguir a orientação da enfermagem.

Dr. [Assinatura] PORTE DIH
CORREN: R/L 675-66-14

SINAIS VITAIS	BR	PA	FC	FR
12/08/19	110/70	58	18	16
13/08/19	110/70	58	18	16
14/08/19	110/70	58	18	16

12:00 (Paciente medicado)
CPM
[Assinatura]
Rafael Roberto de S. Campes
Fisioterapeuta
CRM 12.125-1

A-68

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH: 20/08/2019		DN: 11/10/1974	
PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA					
AGNÓSTICO: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	44	LEITO	68-A	DATA	22/08/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				22:00/06
4	DIPIRONA 500MG EV DE 8/8H				22:00/06
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				22:00/06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				S/N
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				S/N
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
17	SSVV + CCGG 8/8 H				S/N
18	CURATIVO DIÁRIO				S/N
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-70 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLUCOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO: BCG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, SUPINEICO, NDRMOCDRADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D.					
# SOLICITADO:					
# CQNDUTA: MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA:					

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/72	72		36,8°C
18 H				
24 H	129/77	68	—	36

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedia e Traumatologia
ERM-RR 1209/ROE 550

As 12:05h Paciente no Leito, Afecção assu, segue sem
queixas, recebendo cuidados de enfermagem.
Rômulo G. P. Mend.
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 52.030/F

15:05 T: 36,6°C

96:0h
PA 120/80 FC 72 TD 21

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HRCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Gláucia de Almeida

Leito:

68

Data: 02/08/2019

Localização



Região: MSD / Dolo

Grau: I (x) II (x)

Etiologia

- () LPF I II III IV 9º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: tração Fixador Externo () ortopedia
() Outros:

Aparência do Leito

- () Necrose: Amarela/Negra () Escarrel (x) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Pericisional

- () Normal () Macerado () seca (x) Hiperemia / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

- () Molhado (x) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

- (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%
(x) Gaze () Colágeno/Tribinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Cobertura primária

- (x) Gaze () Colágeno/Tribinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

- () 12/12 (x) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COR-14-565-79571E

Vanessa da Silva Moraes
Técnica em Enfermagem
COR-14-565-75271E

Observações:



Região: MSD

Grau: I (x) II (x)

- () LPF I II III IV 9º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: tração Fixador Externo () ortopedia
() Outros:

- () Necrose: Amarela/Negra () Escarrel (x) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- () Normal () Macerado () seca () Hiperemia / Rubor
() Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serososanguíneo () Seco
() Outro:

- () Molhado (x) Úmido () Seco

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
(x) Gaze () Colágeno/Tribinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: AGE

- () 12/12 (x) Diário () 48/48h

Vanessa da Silva Moraes
Técnica em Enfermagem
COR-14-565-75271E

Adonildes Vieira Araújo
Técnico em Enfermagem
COR-14-565-79571E



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



68

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

20/08/2019

DN

11/10/1974

PACIENTE GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

AGNÓSTICA FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

44

LEITO

68-A

DATA

23/08/19

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

SF 0,9% 500ML EV 8/6H

4

DIPIRONA 500MG EV DE 8/6H

5

TILATIL 20MG EV DE 12/12H

6

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT

7

NALBÚFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O II EM 4

8

OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N

11

TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N

12

13

14

15

16

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

17

SSVV + CCGG 8/6 H

18

CURATIVO DIÁRIO

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-350; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE < 75 DI / ML. GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANTONISTIA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
#EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, HUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D.

#SOLICITADO:

#CONTINUA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

8 H	PA	FC	FR	T
10 H	104x70	78	17	36,0
18 H	103x68	72	20	36,0
24 H	120x70	75	20	36,0

06 120x70 80 21 36,0

Dr. Marcelo A. S. da
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1243 / RQE 556

12h verificadas SSVV e
administradas medi-
cações C.P.M., exceto

ITEM (5) pois não tem

Hospital Geral de Roraima



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
HOSPITAL GERAL DE RIBEIRÃO PRETO

Paciente: **Gláucia Regina De Almeida**

Solicitação: 201210112 Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 11/10/1974

Idade: 44 ANOS

Origem: HGR

Solicitante:

Serviço: BLOCO A

Leito: NÃO INICIAU

Data de Emissão: 23/08/2018 17:57

Recbimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2012101102

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Clínicos Ribeiro Almeida

CREATININA

Resultado

0,82 mg/dL

Referência

0,5 - 1,2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém em casos de hospitalizados (excluindo-se um jejum mínimo de 4 horas).

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Clínicos Ur (insase)

URÉIA

Resultado

24,31 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

[Assinatura]

Daniela Silveira Feltes Silveira

Bioquímica

CRP-RF 168

Rua General Tibúrcio, 1.400 - Bairro Fátima, 13060-000 - Ribeirão Preto, SP - UF - 13112-222

Obs: Usar para referência médica e não para passar

740012010007

11/11/2018

Página 1 de 1



Hospital Geral de Ribeirão Preto
Cidade: 2121-0540
E-mail: hgr@hgrlbr.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305
Aeroporto

MOLÉCULE LABORATÓRIO
DO LIXO

SESAU



GOVERNO
DO ESTADO DE SÃO PAULO



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Paciente: **Gláucia Regina De Almeida**

Solicitação: 20121811, Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 11/10/1974

Idade: 44 ANOS

Origem: HCR

Solicitante:

Setor: BLOCO A

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 23/08/2019 07:57

Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 2012181123

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M25 - Automatizado (bu-5290)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5.17 x10⁹/uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEUTRÓFILOS	47.40 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	41.60 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	7.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3.10 %	0.0 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.62 x10⁶/uL	3.9 - 5.25 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	10.90 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	36.10 %	35.0 - 45.0 %
VCM	78.20 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	23.60 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	30.10 g/dL	28.0 - 32.0 g/dL
RDW CV	17.30 %	11.0 - 18.0 %
RDW SD	57.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	261.00 x10⁹/uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
VPM	8.60 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.60	8.0 - 17.0
PCT	0.225 %	1.09 - 2.62 %

Assinatura: Jma dos Reis
Blaquimio
GRF-GR 466

Responsável Técnico: Ricardo Cavendo Costa Junior - Responsável Técnico - RPT - RA 122
Ciber Liberação do resultado: 23/08/2019 07:57

23/08/2019 07:57

(*) Referência
Página 1 de 2



Hospital Geral de Pernambuco
080051 2121 0560
E-mail: geral@hospitalgeralpe.com.br
Av. Brigadeiro Figueiredo, 3000 -
Aciópolis

NÚCLEO DE: LABORATÓRIO
DO HCR



GOVERNO
DE PERNAMBUCO



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente: Glaucia Regina De Almeida	Sexo: Feminino	Nasc: 11/10/1974	Idade: 44 ANOS
Solicitação: 20121811	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: BLOCO A	Leito: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 23/08/2019 07:57	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2012181101

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M23 - Automação (Drafiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	<11,0 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,74	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27,20 seg	25,0 - 39,0 seg
RATJO	1,00	0,78 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios de coagulograma e por isso razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstâncias estressantes ou não contínuas podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

[Assinatura]

Symeka Lima dos Reis
Elaquímica
CRF-RR 465

Responsável Técnico do Laboratório: Cíntia Jéssica - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obrigações do resultado médico: sem valor jurídico

24/08/2019 07:57

(*) Ratificado
Página 1 de 1



Hospital Geral de Marília
Fone: (11) 2121-0840
E-mail: hospital@hospital.com.br
Av. Higienópolis, Eduardo Gomes, 1000 -
Aeroporto

LABORATÓRIO DE DIAGNÓSTICO
ON LINE

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE
LABORATÓRIO DE DOENÇAS SEXUALIZANTES

Paciente: Gláucia Regina De Almeida	Sexo: Feminino	Nasc: 11/10/1974	Idade: 44 ANOS
Solicitação: 20121811	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: BLOCO A	Letra: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 23/08/2019 07:57	Recabimento:		

Resultado do Exame

Amostra: 2012181104

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Materiais: BORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

TESTE RÁPIDO 01

CONCLUSÃO FINAL

Resultado

Não Reagente

Referência

NÃO REAGENTE

**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA
INFECÇÃO PELO HIV**

AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este laudo técnico está em conformidade com o Fluxograma 01 (do manual) técnico para o diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da Infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioeth T-R-Line, Me 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhas TR-DPP da Ibia 178SI039Z como TR 02.

O diagnóstico NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame da CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para Infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugere-se nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Divergentes na prática diária laboratorial.

Assinatura

Dr.ª Silvana Palma Silveira
Biotécnica
CRF RR 168

Responsável Técnico: Renata Siqueira Costa - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Documento de 00481 e 00480 em anexo pessoal

24/08/2019 07:51

[1] Ratificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Doc 000 2124 0546
Rua: Brigada da Independência, 3333 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU



GOVERNO
DE RORAIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	20/08/2019	DN	11/10/1974
PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA					
AGNOSTI: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	44	LEITO	68-A	DATA	24/08/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monter
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				43 48 53
4	DIPIRONA 500MG EV DE 8/8H				43 48 53
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				40 43 48
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				SND
7	NALBÚFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				43 48 53
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				96
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N				SND
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N				SND
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
17	SSVV + CCGG 8/8 H				notine
18	CURATIVO DIÁRIO				notine
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: REF, ACIANÓTICO, ANJÉTICO, AFEBRIL, CUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D.
 # SOLICITAÇÃO:
 # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/90	65	-	36.7
18 H	120/90	64	-	36.5
24 H	120/80	65	19	36.8

Dr. Augusto Gonçalves
 Médico Especialista em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 14.154

06H 130x90 74 21 36.4

24H Paciente recebeu o
 atendimento 3. de hoje

Paciente no leito, calma.

mo, trocado AVF. filio 18.

Segue com evolução da

Paciente segue sob cuidados
 da enfermeira, administra
 medicações de horários com

Dr. Augusto Gonçalves
 Médico Especialista em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 14.154



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		20/08/2019		DN		11/10/1974	
PACIENTE GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA									
AGNÓSTI FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D									
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE		44		LEITO		68-A		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						S+D	
2		ACESSO VENOSO PERIFERICO						manh	
3		SF 0,9% 500ML EV 8/8H						Pd In	
4		DIPIRONA 600MG EV DE 8/8H						12 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
5		TILATIL 20MG EV DE 12/12H						(10) 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
6		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTE						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
7		NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
10		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
11		TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN						15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100	
12									
13									
14									
15									
16		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 113 MMHG							
17		SSVV + CCGG 6/6 H							
18		CURATIVO DIÁRIO							
19									
20									
21									

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, EUPNEICO, NORMOCDURADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA E RISCO CIRÚRGICO.

#SOLICITADO:

#CONDUITA: MANTIDA

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	120 X 80	67	36
18 H	120 X 80	63	35
24 H	120 X 80	73	36

Dr. *[Assinatura]* Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3453/RR

06 150/90 62 36 20
 Plantão Noturno Administrado medicamente
 Afirido SSVV e cuidados gerais para o paciente
 16/08/2019 15h00
 16/08/2019 15h00

PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	20/08/2019	DN	11/10/1974
PACIENTE	GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA			
AGNOSTO	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	44	LEITO	SB-A	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 6/8H	
4	DIPIRONA 500MG EV DE 6/8H	
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE POR INT	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSV + CCGG 8/8 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTAGUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ACERIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, LIGERADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS. EM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA PRECISO CIRÚRGICO.
SÓCULADO:
CONJUNTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Ricardo Augusto
Trombido - Ortopedia
CRM-RR 884

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	129/85	72	—	36,0
18 H				
24 H	116/74	78		36,1°C

12:04 - Paciente no leito em repouso aquecido dando atenção para as necessidades da enfermagem.

Dr. Ricardo Augusto
Trombido - Ortopedia
CRM-RR 884

às 18:00
Realizada medicação de
hábito conforme prescrição médica #
Avaliação progressiva



Hospital Geral de Roraima
Serviço de Cardiologia

Data: 26/08/2019

RISCO CIRÚRGICO CARDIOLÓGICO

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA, 44 ANOS

PACIENTE INTERNADA DEVIDO FRATURA TRAUMÁTICA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO, COM PROPOSTA DE CIRURGIA ORTOPÉDICA DE CORREÇÃO.

ANTECEDENTES: ARTRITE REUMATÓIDE. FAZ USO DE PREDNISONA 10 MG/DIA. ALERGIA A AAS.

PA: 112/72 MMHG FC: 72 BPM

AO EXAME: REG. CORADA, HIDRATADA, AFEBRIL, EUPNEICA EM REPOUSO

AC: RITMO CARDÍACO REGULAR EM 2T BNF SEM SOPROS

3: MV EM AHTX, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, RHA+, SEM MEGALIAS

EXT: PP<3S, PANTURRILHAS LIVRES, SEM EDEMAS. IMBOLIZAÇÃO DE MID

ECG (23/08/2019): RITMO SINUSAL, FC 72 BPM, SAQRS D°, INTERVALOS ADEQUADOS, SEM CRITÉRIOS DE SOBRECARGA DE CAMARAS

RX DE TÓRAX (23/08/19): ÍNDICE CARDIOTORÁCICO DISCRETAMENTE AUMENTADO. SEM PNEUMOPATIAS CONGESTIVAS OU CONSOLIDATIVAS

EXAMES LABORATORIAS (23/08/19): LCT 5170 HB HT 38,10% PQT 261.000 CR 0,82 UREIA 24,31

CAPACIDADE FUNCIONAL BOA

HD:

- ESCORE DE RISCO: SEGUNDO ESCORE DE LEE - ESCORE 0 / CLASSE 1 (0,4% DE RISCO DE COMPLICAÇÕES);

CD:

- Sugiro cuidados convencionais em pós-operatório de cirurgia ortopédica: evitar sobrecarga hídrica, controle algico adequado, monitorização de sinais vitais no Peri operatório e introdução de profilaxia de trombose venosa profunda quando possível.

Dr. Kim Pong Doi Chan
CRM-RS 437
CNS 9807628047188

LAUDO PARA SUBCITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



SUS

Siapa itu	Nina?
Siapa dia?	dia
Siapa dia?	dia

IDENTIFICATION DE LA SOURCE DE L'INFORMATION

1. Name _____

Year	United States (%)	Hispanic (%)
1980	85	75
1985	87	78
1990	89	81
1995	91	85
2000	92	88

RECEIVED
JAN 10 1964

7-2-64

10-44-68

3. MONITORING OF RADIATION

~~CONFIDENTIAL~~

JUSTITIA CIVILIA INTERNAZIONALE

Finances de Malabar
MSS 1516

700 combined

SECRET

NAME MALSHO ABC

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

051055 DE 200000

NAME OF SUBSCRIBER: ROBERT M. WARDENFELT

PAENCHER ENCASTO DE CAUSAS EXTERNAS INCIDENTES

SECRET//NOFORN

SECRET//NOFORN

SECRET//NOFORN

(S) - CHIAURREYA

SECRET//NOFORN

~~SECRET~~

45 - DOCUMENTS

10/10/10

1024

0408050578
5825

27.8 VI 99



Clínica
Cirurgia

270819

Paciente: MAURO MORAIS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERFERÊNCIA

MEDICAÇÕES PRELIMINARES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO: DR. ALBERTO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

3º AUXILIAR

ANESTESISTA

ANESTESIOLOGIA

ANESTESICO

INÍCIO

TEMPO

ENCERRADO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

OS DOIS DE MAURO MORAIS

1) Paciente em posição de decúbito lateral

2) Aberto e aberto e aberto

3) Aberto e aberto e aberto

4) RX

Dr. Mauro Moraes
Cirurgião Geral
CRM 1655
RQE 610



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

44 anos

NOME DO PACIENTE

Sala 04
Claudia Regina de Almeida Silva

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

DATA

27/10/2019

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

INICIO

FIM

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

Dr. Miched
R. A. Bruno
Jonh

CIRCULANTE

Beisam/Claudenir

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

TIPO DE ANESTESIA:

Raqui

QUANT

MATERIAIS

VALOR

QUANT

MEDICAMENTOS

VALOR

PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.

PACOTES GAZA

LUVA ESTÉRIL 7.0

LUVA ESTÉRIL 7.5

LUVA ESTÉRIL 8.0

LUVA ESTÉRIL 8.5

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

LÂMINA BISTURI Nº 20

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE TORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 01ML

SERINGA 03ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10ML

SERINGA 20ML

FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml

FRASCOS- SORO RINGER LACTADO

FRASCOS- SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº 1/0

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº 4/0 30cm

SURGICEL

CERA P/ OSO

KIT CATARATA Nº

GEOFOAM

FTTA CARDIACA

OUTROS:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Stefanig

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

Beisam
Claudenir

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



ESTADO DE RORAIMA

CAIXEIA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Especialidade:

Ortopedia

Procedimento Realizado:

Osteossíntese de tornozelo

Nº do Procedimento:

27.08.19

Nome do Paciente:

Gláucia Regina A. Silva

Ela:

Internação:

Posto 1

Leito:

68

Nº de Sala:

Cirurgião de Sala:

Elisavira Claudemir

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Dados Adicionais:

Hospital Geral de Roraima

Empresa

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

UNID.

QUANT.

MARC.

Parafuso espessura 50 cilíndrico

01

Parafuso espessura 50 hexa total

01

Arruela nº 12

01

MÉDICO ORÇÃO:

Dr. Vitor Ponack

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Tanke

CÓDIGO DE BARRAS:

CÓDIGO DE BARRAS:

68 (corredor)

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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 20/08/2019 DN: 11/10/1974

PACIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

AGNÓSTICA: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____
 IDADE: 44 LEITO: 68-A DATA: 27/08/19

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORARIO: _____

1. DIETA ORAL LIVRE ATÉ AS 10H. CIRURGIA HOJE A NOITE
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3. SF 0.9% 500ML EV 8/6H
4. DAPIRONA 500MG EV DE 8/6H
5. TILATIL 20MG EV DE 12/12H
6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN
7. NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4
8. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA
9. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
10. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h S/N
11. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
17. SSVV + CCGG 8/6 H
18. CURATIVO DIÁRIO
19. _____
20. _____
21. _____

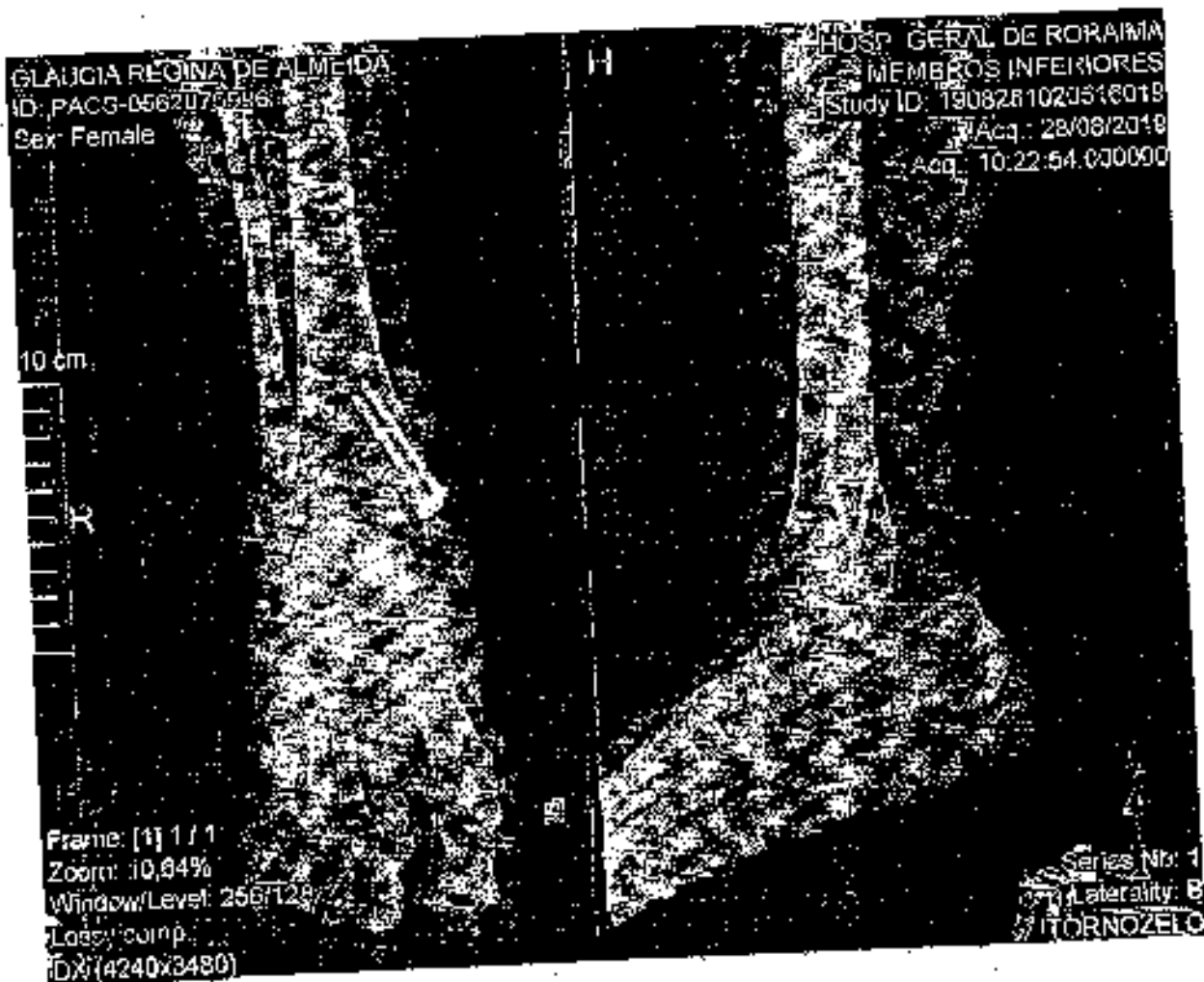
Handwritten notes:
 TRANSFERIDO
 12/08/2019
 12/08/2019
 SUSPENSO

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (8C). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS AGUDAS.
 EXAME FÍSICO: REG. ACANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ADIMICORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFÉRICOS PRESERVADOS, FM USO DE TALA BOTA D, AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA E RISCO CIRÚRGICO.
 II SOLICITANDO:
 II CONDIÇÃO: MANTIDA
 II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 II PREVISÃO DE ALTA:

Handwritten signature:
 Dr. Dalton Brito
 Médico - Ortopedia e Traumatologia
 12/08/2019

SINAIS VITAIS			
8 H	PA	FC	OT
12 H	120x85	80	36.10
18 H	130x85	72	35.90
24 H			



Exponção 4,0

A-68

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	CIVIL 12.56/NA			
AGNOSTO	NEG			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEG
IDADE	LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			mamb
3	SE 0.9% 500ML EV SIN			SIN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H			24 06 12 18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			UN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			UN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 0/8 h			24 06 14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN			24 06 12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8H			06 40
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			
12	ALERGIA (FAS)			
13				
14				
15				
16	CAPTAPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 e OU PAD > 110 MMHG			24 06 12
17	SBVV + CCGG 6/8 H			curativo
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DI 1ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 RECONHEÇO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: BSG, ACANOTICO, ANICRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 SOLICITAÇÃO: RX: RCONDUZ: MANTILA
 PROFISSIONAL DE CIRCULIA:
 PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Alberto Ferreira de Souza
 Médico Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RJ 1617
 Título Especialista: 12803

Vitor Parafat Santiago
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RJ 1635
 RQE 610

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	120x80	81	
6 h	120x80	89	

Data: 27 / 08 / 17

5. ALPHA

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/UFGR em 03/2010

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

DATA DE EMISSÃO	DIH	20/08/2019	DN	11/10/1974
-----------------	-----	------------	----	------------

NOME: LUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA				
-------------------------------------	--	--	--	--

DIAGNOSTICO: FRATURA DE MALEOLO MEDIAL D.				
---	--	--	--	--

LER	SI	HAS	NEGA	DM2	NEGA
-----	----	-----	------	-----	------

IDADE	44	LEITO	66-A	DATA	28/08/19
-------	----	-------	------	------	----------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	
---	------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
---	--------------------------	--

3	ORFENADOMIL 500MG	
---	-------------------	--

4	ORFENADOMIL 500MG EV DE 8H	
---	----------------------------	--

5	ORFENADOMIL 200MG EV DE 2H	
---	----------------------------	--

6	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
---	--	--

7	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
---	--	--

8	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
---	--	--

9	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
---	--	--

10	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

11	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

12	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

13	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

14	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

15	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

16	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

17	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

18	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

19	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

20	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

21	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

22	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

23	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

24	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

25	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

26	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

27	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

28	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

29	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

30	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

31	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

32	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

33	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

34	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

35	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

36	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

37	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

38	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

39	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

40	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

41	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

42	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

43	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

44	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--

45	TRAMADOL 100MG 1 SER 500MG EV OU VO DE 8H SE DOR INT	
----	--	--



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	30.232
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES	
FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM	
NATURALIDADE	EOA VISTA-RR
DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC:3766 F.260 L.E-12 EOA VISTA-RR.
CPF	234316382 - 13
Assinado por: Ramiro Francisco da Silva Junior	
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411480/19

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

CPF: 383.065.812-53

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

561416

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA : 383.065.812-53

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 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: 22/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652390 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 17/18/23_CIRURGIA / PÁG. 28_LAUDO MÉDICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652390 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 17/18/23_CIRURGIA / PÁG. 28_LAUDO MÉDICO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Identidade: 114115 SSP/RR CPF: 383.065.812-53

Naturalidade: VITORINO FREIRE/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA **Profissão:** AUTÔNOMA

Endereço: AV JARDIM, 580 B05 A203 – JATOBÁ CIDADE SATÉLITE / CEP: 69.317-529

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

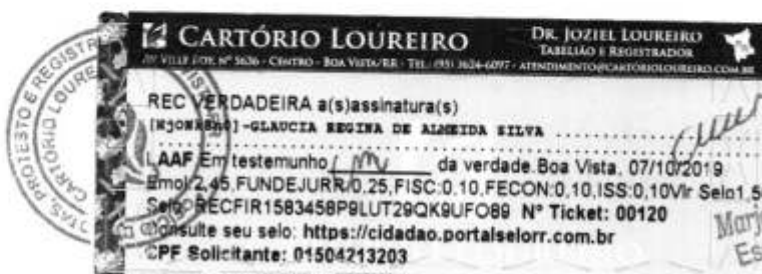
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2019.

GlauCIA Regina de Almeida Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Marjory C. C. Esbell Briglia
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411480/19

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

CPF: 383.065.812-53

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: GLAUCIA REGINA DE
ALMEIDA SILVA

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
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA : 383.065.812-53

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 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: 22/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652390

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652390

Vítima: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000003200-2

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 38306581253 4 - Nome completo da vítima: GLAUCIA REGINA DE A. SILVA

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

5 - Nome completo: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA 6 - CPF: 38306581253
7 - Profissão: AUTÔNOMA 8 - Endereço: AV. JARDIM B05 A203 9 - Número: 580 10 - Complemento:
11 - Bairro: CID. SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estados: RR 14 - CEP: 69317529
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 9599116836

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)

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00003200 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (vairascor)? ☐ 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, 14/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2019 08:44 Data/Hora Fim: 07/10/2019 09:01
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/10/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 07:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Carlos Pereira de Melo

Bairro: União

Ponto de Referência: Ponte
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Vitorino Freire Sexo: Feminino Nasc: 11/10/1974
Profissão: Aposentado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Rosilda de Almeida Silva Nome do Pai: Francisco de Almeida Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 383.065.812-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Avenida Jardim
Complemento: Cond. Jatobá / Bloco 05 / Apart.:203 / Vila Jardim
Bairro: Cidade Satélite
Telefone: (95) 99168-4270 (Celular)

Nº: 580

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 040.386.143-87

Renavam 00733297412

Número do Chassi 9C2HA0710YR227997

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAH-9304

Número do Motor HA07E-Y227997

Ano/Modelo Fabricação 2000/2000

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Glaucia Regina de Almeida Silva

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 07/10/2019 09:01
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033896/2019

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que não é habilitada compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta também descrita acima e que está em nome de MANOEL BOTELHO SALES e tendo como passageira na garupa sua filha OTÍLIA GABRIELA DE ALMEIDA SILVA (11 ANOS). Que colidiu em um ciclista de Nacionalidade Venezuelana, que atravessou a via de maneira inesperada e sem a devida atenção. Que sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR e OTÍLIA apenas sofreu escoriações leves. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.**

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

07 OUT. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Glaucia Regina de Almeida Silva
Glaucia Regina de Almeida Silva
(Envolvido / Vítima / Comunicante)

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



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1674 -



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE: Sec. Taciana / Leão / Elton
concl. Bispo

Paciente: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA Idade: 44.ª Sexo: FEM

Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☒ Negra ☒ Parda ☒ Amarela ☒ Indígena-Etnia ☒

Endereço: Av. Carlos Pereira de Melo Bairro: União

Nº 14.143 DATA 20/08/2019 HORA J/B: 07:25 BASE ☒ VIA ☒ RÁDIO ☒Médico (a) Regulador (a): Dr. Alisson HORA J/10: 07:38 ☒ CELULAR

MOTIVO INICIAL: moto x bicicleta.

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

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Automóvel	☒ Capacete retirou
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☐ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

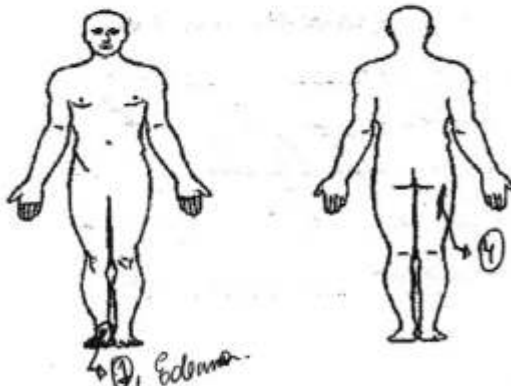
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midriase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria ☒ D ☒ E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro:		☐ Cianose central ☐ Extremidade	☐ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 07:24	120/80	80	23	97	-	-	-	15
Fim 08:46	120 x 90	86	23	99	-	-	-	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

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



AVALIAÇÃO CARDÍACA

☐ Ritmo Sinusal	☐ FV	☐ Neurológica	☐ Metabólica	☐ Diabetes	☒ Alergias
☐ Taquicardia Sinusal	☐ TV	☐ Respiratória	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Flutter Atrial	☐ AESP	☐ Cardiovascular	☒ Medicação de uso	☐ HAS	
☐ Fibrilação atrial	☐ Asistolia	☐ Digestiva			

GRAVIDADE COMPROVADA

☒ Ileso	☒ Pequena	☐ Média	☐ Severa	☐ Óbito
---	---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Trauma	☒ Audilmonia
---------------------------------	--

Dr. Claudio Lima
CRM 1417

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192 BV
CONFERE COM ORIGINAL

Em 06/09/19

☐ Cancelamento	☐ Recusa de Atendimento	☐ Hospitalização	☐ Polícia Militar	☐ Guarda Municipal	☐ Bombeiros	☐ Outros: Stephanie
---------------------------------------	--	---	--	---	------------------------------------	--

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

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

GESTANTE			
Idade Gestacional: _____	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido: _____	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão de gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão de gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☒ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical P	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: _____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: _____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: _____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☒ Outros: <i>3 paros de luvas in "os tala moldável ob atadura 10cm"</i>
☐ Acesso venoso Gelco n° _____	☐ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
/			
/			
/			
/			
/			

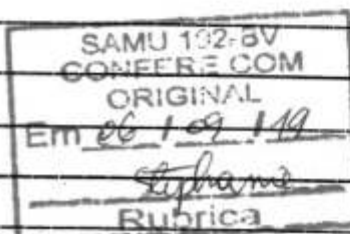
OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada por colisão moto x Bicicleta, ao chegarmos no local, vítima encontrava-se sentada sem capacete informando que a mesma retirou o capacete e mandou o irmão levar a filha que estava com ela na moto, após avaliação foi encontrada edema em M.D (pé) e excoriações em parte posterior do torso. Informado Q.T.U. a Central que orientou levar ao P.T do HGR.

Materiais:

Edson Sidney Rodrigues Lmt
COREN - RR 331 723 TE

01 Colar P;
01 prancha rígida;
06 ataduras
02 par luvas P;
02 par luvas M;
02 par luvas G;
01 tala moldável M.



[Signature]
COREN-RR 331 723 TE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000003200-2

Nr. da Autenticação 72F2F5658BA31EC0

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4007657

NAYRA ALICE LACERDA PEREIRA

AV JARDIM, 580 , B05 A203-JATOBA

CIDADE SATELITE

69317529 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1340190	11/2019	14-OCT-19 a 11-NOV-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
152	01-DEC-19	R\$ 176,96

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1340190	11/2019	R\$ 176,96

836400000011.769600750004.000000001347.019011190055





RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



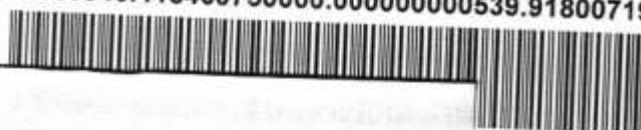
RORAIMA ENERGIA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **383.065.812-53** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **383.065.812-53**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

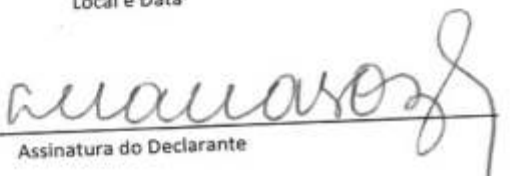
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 14/11/19
Local e Data


Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **383.065.812-53** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **GLAUCIA REGINA DE ALMEIDA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **383.065.812-53**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

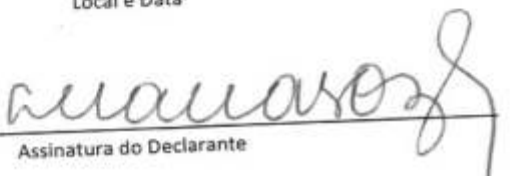
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 14/11/19
Local e Data


Assinatura do Declarante