

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:
2721049820200521163627

Processo 0811275-66.2020.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

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):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-]	12	21/05/2020 16:36:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	12.1 Arquivo: Contestação	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2720459CONTESTACAO01.pdf Público
	12.2 Arquivo: Anexo 2	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2720459CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
	12.3 Arquivo: kit seguradora	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
	11	20/05/2020 08:33:35	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 20/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) e ao evento de expedição seq. 8. JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	10	19/05/2020 10:22:44	RENÚNCIA DE PRAZO DE CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
	9	19/05/2020 10:22:42	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS) em 19/05/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) e ao evento de expedição seq. 7. EDSON SILVA SANTIAGO Advogado
	8	19/05/2020 09:57:16	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO 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) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
	7	19/05/2020 09:57:16	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (06/05/2020) RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
[+]	6	06/05/2020 17:30:52	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
	5	06/05/2020 16:30:04	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL SISTEMA CNJ
	4	06/05/2020 16:30:03	RECEBIDOS OS AUTOS SISTEMA CNJ
	3	06/05/2020 16:30:03	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição SISTEMA CNJ
	2	06/05/2020 16:30:03	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível SISTEMA CNJ
[+]	1	06/05/2020 16:30:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL EDSON SILVA SANTIAGO Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08112756620208230010

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 **CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**, 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 **22/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **23/08/2019**.

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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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 **22/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237
AGÊNCIA: 00522-3
CONTA: 000000058498-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2911201905000000000023700522000000058498168750 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 parciais⁴.

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.

⁴RECURSO 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.

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;

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.

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

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.

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, 19 de maio 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%)	Media (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 **CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08112756620208230010.

Rio de Janeiro, 19 de maio 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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000058498-3

Nr. Autenticação

BRDESCO2911201905000000000023700522000000058498168750 PAGO

Pentru detalii:
contactați vânzătorii
de la magazin:

SEU CÓDIGO

0025728-1

Pontina Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.361.470/0001-44; Rec. Estadual 24.003.122-9
Nota fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 38813

Nº da Nota Fiscal: 203144839

A Tercia Rodada de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMEN	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	10/07/2019	250	224,95

CLESTIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS
AV NOSSA SRA NAZARE 1328 CAIMBE
CPF: 00001521721220
CEP: 09 312-165 - RUA VISTA

DOI: 10.1002/13.93.473.ap0

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	20051	Atual:	25/06/2019
Anterior:	19801	Anterior:	28/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Médio:	250	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	250	Apresentação:	25/06/2019
NORMAL		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Capacidade	Número Médio	Posição	Código FCL	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	2805325	76-1914109	1-1-1-1	93%

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
MAI/19 300	CONSUMO 250 A R\$ 0,773664 =	193,41
ABR/19 366	ILUMINACAO PUBLICA	31,54
MAR/19 344		
FEV/19 312		
JAN/19 336		
DEZ/18 281		
NOV/18 387		
OUT/18 351		
SET/18 269		
AGO/18 355		
TARIFA SEM TRIBUTOS		
0 A 250 - 0,104624		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano	Valor R\$
05/2019	380,14

LIQUE 07007030 - ATA OPCA VERIFICADO 16 11 16 21 29

101 JAGS-D116 2110 0734 0306 171 171

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	104,15	Base de Cálculo:	17,00%
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	32,37
Transmissão:	5,41	Valor do ICMS:	0,33
Encargos:	34,74	Valor do PIS:	1,54
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	2017		2016		2015		2014
	2017	2016	2017	2016	2015	2014	2013
9,24	13,49	16,99	8,46	16,92	33,84	4,00	20,00
0,00			0,00			0,00	

FLORÉSTA	64/2019	120,08
----------	---------	--------

ROT: 6.001.13.03.423400



Rovinsky Energy S.A.
Av. Capatzen Enx Gómez 181 - Centro - Bosque Verde - Rft
CNP 2: 0017-0000-41 Reservas de Agua Potable

~~CNP2 GCGTCGACGGCAGCTCCATCATTTTGTGTAATTCTGTCCTTGCTGCCTG~~





Para contato
consulte este número



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizada pela DEFAZ 365/13

Nº da Nota Fiscal 003157436

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26/07/2019	229	221,19

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRASIL 248 CENTRO
CPF: 00005763937899
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

ROT: 12.001.02.11.603050

DADOS DA LEITURA	kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	18318		Atual: 26/06/2019
Anterior:	18589		Anterior: 29/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 26/07/2019
Consumo Medido:	229		Emissão: 25/06/2019
Consumo Faturado:	229	FCAM	Apresentação: 26/06/2019

Tarifa Redução	NORMA	Fator de Correção	1,00
----------------	-------	-------------------	------

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	RTV	047080320	044688	11.1.1.2	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/19 272	CONSUMO 229 A R\$ 0,773664 = 177,16
ABR/19 343	CORREÇÃO MONETARIA DA IL (2X) 0,24
MAR/19 253	CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2X) 3,45
FEV/19 255	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,32
JAN/19 191	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,37
DEZ/18 295	MULTA POR ATRASO (2X) 9,33
NOV/18 305	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 3,09
OUT/18 341	ILUMINAÇÃO PÚBLICA 25,23
SET/18 283	
AGO/18 202	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 229 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
DEBITOS NA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
07/2018 13,07
08/2018 13,07
09/2018 13,07
10/2018 13,07
11/2018 13,07
12/2018 13,07
01/2019 13,07
02/2019 13,07
03/2019 13,07
04/2019 13,07
05/2019 13,07
06/2019 13,07
07/2019 13,07
08/2019 13,07
09/2019 13,07
10/2019 13,07
11/2019 13,07
12/2019 13,07
01/2020 13,07
02/2020 13,07
03/2020 13,07
04/2020 13,07
05/2020 13,07
06/2020 13,07
07/2020 13,07
08/2020 13,07
09/2020 13,07
10/2020 13,07
11/2020 13,07
12/2020 13,07
01/2021 13,07
02/2021 13,07
03/2021 13,07
04/2021 13,07
05/2021 13,07
06/2021 13,07
07/2021 13,07
08/2021 13,07
09/2021 13,07
10/2021 13,07
11/2021 13,07
12/2021 13,07
01/2022 13,07
02/2022 13,07
03/2022 13,07
04/2022 13,07
05/2022 13,07
06/2022 13,07
07/2022 13,07
08/2022 13,07
09/2022 13,07
10/2022 13,07
11/2022 13,07
12/2022 13,07
01/2023 13,07
02/2023 13,07
03/2023 13,07
04/2023 13,07
05/2023 13,07
06/2023 13,07
07/2023 13,07
08/2023 13,07
09/2023 13,07
10/2023 13,07
11/2023 13,07
12/2023 13,07
01/2024 13,07
02/2024 13,07
03/2024 13,07
04/2024 13,07
05/2024 13,07
06/2024 13,07
07/2024 13,07
08/2024 13,07
09/2024 13,07
10/2024 13,07
11/2024 13,07
12/2024 13,07
01/2025 13,07
02/2025 13,07
03/2025 13,07
04/2025 13,07
05/2025 13,07
06/2025 13,07
07/2025 13,07
08/2025 13,07
09/2025 13,07
10/2025 13,07
11/2025 13,07
12/2025 13,07
01/2026 13,07
02/2026 13,07
03/2026 13,07
04/2026 13,07
05/2026 13,07
06/2026 13,07
07/2026 13,07
08/2026 13,07
09/2026 13,07
10/2026 13,07
11/2026 13,07
12/2026 13,07
01/2027 13,07
02/2027 13,07
03/2027 13,07
04/2027 13,07
05/2027 13,07
06/2027 13,07
07/2027 13,07
08/2027 13,07
09/2027 13,07
10/2027 13,07
11/2027 13,07
12/2027 13,07
01/2028 13,07
02/2028 13,07
03/2028 13,07
04/2028 13,07
05/2028 13,07
06/2028 13,07
07/2028 13,07
08/2028 13,07
09/2028 13,07
10/2028 13,07
11/2028 13,07
12/2028 13,07
01/2029 13,07
02/2029 13,07
03/2029 13,07
04/2029 13,07
05/2029 13,07
06/2029 13,07
07/2029 13,07
08/2029 13,07
09/2029 13,07
10/2029 13,07
11/2029 13,07
12/2029 13,07
01/2030 13,07
02/2030 13,07
03/2030 13,07
04/2030 13,07
05/2030 13,07
06/2030 13,07
07/2030 13,07
08/2030 13,07
09/2030 13,07
10/2030 13,07
11/2030 13,07
12/2030 13,07
01/2031 13,07
02/2031 13,07
03/2031 13,07
04/2031 13,07
05/2031 13,07
06/2031 13,07
07/2031 13,07
08/2031 13,07
09/2031 13,07
10/2031 13,07
11/2031 13,07
12/2031 13,07
01/2032 13,07
02/2032 13,07
03/2032 13,07
04/2032 13,07
05/2032 13,07
06/2032 13,07
07/2032 13,07
08/2032 13,07
09/2032 13,07
10/2032 13,07
11/2032 13,07
12/2032 13,07
01/2033 13,07
02/2033 13,07
03/2033 13,07
04/2033 13,07
05/2033 13,07
06/2033 13,07
07/2033 13,07
08/2033 13,07
09/2033 13,07
10/2033 13,07
11/2033 13,07
12/2033 13,07
01/2034 13,07
02/2034 13,07
03/2034 13,07
04/2034 13,07
05/2034 13,07
06/2034 13,07
07/2034 13,07
08/2034 13,07
09/2034 13,07
10/2034 13,07
11/2034 13,07
12/2034 13,07
01/2035 13,07
02/2035 13,07
03/2035 13,07
04/2035 13,07
05/2035 13,07
06/2035 13,07
07/2035 13,07
08/2035 13,07
09/2035 13,07
10/2035 13,07
11/2035 13,07
12/2035 13,07
01/2036 13,07
02/2036 13,07
03/2036 13,07
04/2036 13,07
05/2036 13,07
06/2036 13,07
07/2036 13,07
08/2036 13,07
09/2036 13,07
10/2036 13,07
11/2036 13,07
12/2036 13,07
01/2037 13,07
02/2037 13,07
03/2037 13,07
04/2037 13,07
05/2037 13,07
06/2037 13,07
07/2037 13,07
08/2037 13,07
09/2037 13,07
10/2037 13,07
11/2037 13,07
12/2037 13,07
01/2038 13,07
02/2038 13,07
03/2038 13,07
04/2038 13,07
05/2038 13,07
06/2038 13,07
07/2038 13,07
08/2038 13,07
09/2038 13,07
10/2038 13,07
11/2038 13,07
12/2038 13,07
01/2039 13,07
02/2039 13,07
03/2039 13,07
04/2039 13,07
05/2039 13,07
06/2039 13,07
07/2039 13,07
08/2039 13,07
09/2039 13,07
10/2039 13,07
11/2039 13,07
12/2039 13,07
01/2040 13,07
02/2040 13,07
03/2040 13,07
04/2040 13,07
05/2040 13,07
06/2040 13,07
07/2040 13,07
08/2040 13,07
09/2040 13,07
10/2040 13,07
11/2040 13,07
12/2040 13,07
01/2041 13,07
02/2041 13,07
03/2041 13,07
04/2041 13,07
05/2041 13,07
06/2041 13,07
07/2041 13,07
08/2041 13,07
09/2041 13,07
10/2041 13,07
11/2041 13,07
12/2041 13,07
01/2042 13,07
02/2042 13,07
03/2042 13,07
04/2042 13,07
05/2042 13,07
06/2042 13,07
07/2042 13,07
08/2042 13,07
09/2042 13,07
10/2042 13,07
11/2042 13,07
12/2042 13,07
01/2043 13,07
02/2043 13,07
03/2043 13,07
04/2043 13,07
05/2043 13,07
06/2043 13,07
07/2043 13,07
08/2043 13,07
09/2043 13,07
10/2043 13,07
11/2043 13,07
12/2043 13,07
01/2044 13,07
02/2044 13,07
03/2044 13,07
04/2044 13,07
05/2044 13,07
06/2044 13,07
07/2044 13,07
08/2044 13,07
09/2044 13,07
10/2044 13,07
11/2044 13,07
12/2044 13,07
01/2045 13,07
02/2045 13,07
03/2045 13,07
04/2045 13,07
05/2045 13,07
06/2045 13,07
07/2045 13,07
08/2045 13,07
09/2045 13,07
10/2045 13,07
11/2045 13,07
12/2045 13,07
01/2046 13,07
02/2046 13,07
03/2046 13,07
04/2046 13,07
05/2046 13,07
06/2046 13,07
07/2046 13,07
08/2046 13,07
09/2046 13,07
10/2046 13,07
11/2046 13,07
12/2046 13,07
01/2047 13,07
02/2047 13,07
03/2047 13,07
04/2047 13,07
05/2047 13,07
06/2047 13,07
07/2047 13,07
08/2047 13,07
09/2047 13,07
10/2047 13,07
11/2047 13,07
12/2047 13,07
01/2048 13,07
02/2048 13,07
03/2048 13,07
04/2048 13,07
05/2048 13,07
06/2048 13,07
07/2048 13,07
08/2048 13,07
09/2048 13,07
10/2048 13,07
11/2048 13,07
12/2048 13,07
01/2049 13,07
02/2049 13,07
03/2049 13,07
04/2049 13,07
05/2049 13,07
06/2049 13,07
07/2049 13,07
08/2049 13,07
09/2049 13,07
10/2049 13,07
11/2049 13,07
12/2049 13,07
01/2050 13,07
02/2050 13,07
03/2050 13,07
04/2050 13,07
05/2050 13,07
06/2050 13,07
07/2050 13,07
08/2050 13,07
09/2050 13,07
10/2050 13,07
11/2050 13,07
12/2050 13,07
01/2051 13,07
02/2051 13,07
03/2051 13,07
04/2051 13,07
05/2051 13,07
06/2051 13,07
07/2051 13,07
08/2051 13,07
09/2051 13,07
10/2051 13,07
11/2051 13,07
12/2051 13,07
01/2052 13,07
02/2052 13,07
03/2052 13,07
04/2052 13,07
05/2052 13,07
06/2052 13,07
07/2052 13,07
08/2052 13,07
09/2052 13,07
10/2052 13,07
11/2052 13,07
12/2052 13,07
01/2053 13,07
02/2053 13,07
03/2053 13,07
04/2053 13,07
05/2053 13,07
06/2053 13,07
07/2053 13,07
08/2053 13,07
09/2053 13,07
10/2053 13,07
11/2053 13,07
12/2053 13,07
01/2054 13,07
02/2054 13,07
03/2054 13,07
04/2054 13,07
05/2054 13,07
06/2054 13,07
07/2054 13,07
08/2054 13,07
09/2054 13,07
10/2054 13,07
11/2054 13,07
12/2054 13,07
01/2055 13,07

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.217.212 / 20,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.217.212 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

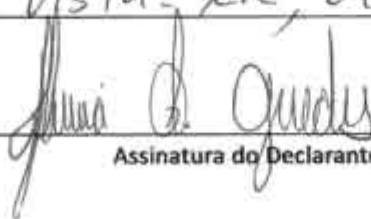
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancacst@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data:

Boa Vista, RR, 07 de outubro de 2019.


Assinatura do Declarante



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

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

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

1901136953 22/07/2019 16:52:41 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 26

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS 18/11/1952 66 A 8 M 4 D 700705480259480 01521721220
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 13162 SSP/RR 10/05/2016 F SOLTEIRO (APARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA
Mãe Contato
ANA HERMINIA VIEIRA DOS SANTOS FILICIANO ANCELMO DOS SANTOS (95) 99165-6356
Endereço Ocupação
AVENIDA - NOSSA SENHORA DE NAZARE - 1328 - CAIMBE - BOA VISTA - RR APOSENTADO

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

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem GSC TOTAL
AQ: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINAL ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Alé 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: edlana.briglia
Data Hora: 22/07/2019 16:53:47

© 2019
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Av. J. B. de Aguiar, 100



1901136953

Maca 1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Cleya Julia				
AGNOSTIC	Rx Boto labial				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	22-07-19		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SUSP.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				22-06-12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				22-06-14
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSP.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SUSP.
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Manter
14	CURATIVO DIÁRIO				Manter
15	Manter 50 mg VO 1x/dia				22-08
16	metformina 850 mg VO a noite				22
17	Whitener 05 mg VO 1x/dia				06
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

06: h PA = 110 x 66 P = 73 T = 36,5°

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	142 x 79	86		
24 H	105 x 67	73	-	36,5°

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gonçalves, S/N
Novo Planalto - Tel: (65) 21-3620

AUTENTICAÇÃO

12 SET 2019

Dr. Pedro D. [Assinatura]

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
e está sendo apresentada neste Hospital

SSVV: 29:40
FC = 82 BPM
FR = 20 RPM
PA = 150 x 80 mmHg
SpO2 = -
TAX = 36,9°C

Manter 23, h 62 x 104
ed 40 x 61 25%

06: h Dext T = 100 x 104

Regulado
para leito
3LD - 01
Regulação Interna
Paulinha

402-4



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



DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	402-4	DATA	24/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S N B
2	AVP				mark
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				notu
10	CURATIVO DIÁRIO				curat
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	126/80	72	SR	36.0
18 H	124/73	55	SR	36.2
24 H	104/69	69	SR	36.28

06 113/64 72 SR 36.4°C

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

402-4



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



DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	MACA 1	DATA	23/07/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manter
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
10	CURATIVO DIÁRIO				m
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAR
12 H	102/62	68	20	35.9
18 H	138/73	66	-	35.8
24 H	129/76	62	SPR	36.0

06 121/82 69 SPR 36.4

Carlos Z... La Rosa
CRM 483

Coleta de Exame Físico
D= 24/07/19
05:05
Coleta

INSTRUMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SONDAS, DRENOS, CATETERES

Nome Completo:		Data:		Instituição:		RTP:	
Hipótese Diagnóstica:		DN:		Idade:		Sexo:	
Localização da Prescrição:		☐ SIM	☐ NÃO	☐ Redução	☐ Contato	☐ Gotícula - aeróteo	☐ Infusão - cardiotônico
Alergia:		☐ SIM	☐ NÃO	Qual(is):			
Necessidade de Intubação?		☐ SIM	☐ NÃO	Qual idioma:			
Possui acompanhante:		☐ SIM	☐ NÃO	Obs:			
Deambulação:		☐ Normal	☐ Sem deambulação	☐ Acamado	☐ Cadeira de rodas	☐ Fraca	☐ Comprometida/cambaleante
SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Consciente	☐ Orientado	☐ Desorientado	☐ Normocárdico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	BC: _____	
☐ Sedado	☐ Torporoso	☐ Comatoso	☐ Normotenso	☐ Hipotenso	☐ Hipertenso	PA: _____	
☐ Agitado	☐ Reage a estímulos	☐ Não reage	☐ Pulso Cheio	☐ Filiforme	☐ Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Foto-reagente	☐ Mioticas	☐ Midríaticas	☐ VO	☐ SNG/SOG	☐ SNE/SOE	☐ GTT	☐ IMPT
☐ Isocóricas	☐ Anisocóricas	☐ Não reagentes	Adequação da dieta: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA				Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
☐ Afebril	☐ Hipotérmico	☐ Hipertérmico	☐ Normal	☐ Diarreia	☐ Constipação	☐ Melena	
☐ Febril	☐ Febre	☐ Pirexia	Hiatos: ☐ Presente ☐ Ausente				
☐ Hipopirexia	CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL			
☐ Hidratada	☐ Desidratada	☐ Pessada	☐ Anímico	☐ Distendido	☐ Oligoúco	☐ Flácido	
☐ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Hipercoreada	☐ Ascítico	☐ Muriço	☐ Timístico		
☐ Anictérica	☐ Ictérica	☐ Cianótica	Ruidos hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente				
☐ Anictérica	☐ Edema Local		Visceromegalias: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ FO: ☐ SIM ☐ NÃO				
Úlcera por pressão:		☐ SIM	☐ NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
Região:				☐ Espontânea	☐ SVD	☐ Amnia	☐ Oligúria
Curativo realizado:		☐ SIM	☐ NÃO	☐ Polúria	☐ Disúria	☐ Polúria	☐ Hematuria
				☐ Cistostomia	☐ Irrigação contínua	☐ Urupen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
☐ Eupnéico	☐ Bradipnéico	☐ Taquipnéico	☐ Dispneico	☐ Ar ambiente	☐ Traqueostomia		
☐ Oxigenoterapia	☐ SIM	☐ NÃO	Qual:				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico:		☐ SIM	☐ NÃO	Local:		Data:	
Cateter Central:		☐ SIM	☐ NÃO	Local:		Curativo realizada em:	
Sinais de Infecção no sítio da punção		☐ SIM ☐ NÃO					
Sonda:		☐ SIM	☐ NÃO	☐ SNG	☐ SNE	☐ SOE	☐ GTT
Dreno de		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____					
Cistostomia Vesical:		☐ SIM	☐ NÃO	Data da instalação:		Trocar em:	
Prótese:		☐ SIM	☐ NÃO	Tipo:		Local:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
☐ Deglutição prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Risco de lesão por pressão					
☐ Risco de infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ Risco de quedas					
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de broncoaspiração					
☐ Risco de eliminação instável	☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada					
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corpórea	☐ Risco de constipação					
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Comunicação deficiente					
☐ Volume de líquidos deficiente	☐ Deficit no autocuidado para higiene						
Escala de Morse							
1. História de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo cateterizado					
Não	0	Não	0				
Sim	25	Sim	20				
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação					
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0				
Sim	15	Fraca	10				
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante		20			
Nenhum/Acamado/Auxiliado		6. Estado Mental					
Mutista/Paralelo/Andador		15 Orientado/limpado/conhece as limitações		0			
Mobilidade Parada		30 Superestima capacidade/Esquece limitações		15			
TOTAL:		Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso							

Informa

402

4

24.04.19
Clesca Julia Viena dos Santos
Rafaela Plato Linal D

Rivero de
Quedado 11/10



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	ON: / /	Sexo:	☐ F ☐ M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - pingotões			
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEURÓLOGO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normotênico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico RC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS ☐ Foto-reagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Acolitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Malena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipotérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Actinótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uroapen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de Infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene	
☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobilário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLEZIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	66	HAS		DM2	
		LEITO	402-4	DATA	28/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	AVP				monh
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				epino
10	CURATIVO DIÁRIO				M
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x67	72	18	35,7
18 H	100x60	72	18	36,1
24 H	99x64	70	-	36,2

Dr. *[Assinatura]* *[Assinatura]*
Roraima

06 107x60 77 - 35,6

As 13h Pac refere não evacuar a 4 dias.
Realizado curativo pela equipe responsável.
As 13:30 foi evacuada p/T.C. T.C. *[Assinatura]*
Mário da Rosa
Ass. em Ortopedia e Traumatologia
CRM 158.431-7E



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

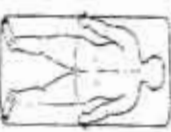
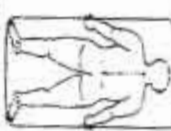
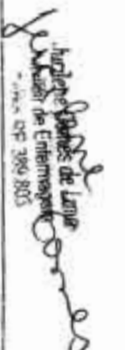
Paciente:

Elvisea Julia Oliveira dos Santos

Leito:

402-4

Data: 25/07/19

Localização	 	Região: M. I. D	 	Região:
Etiologia	Grav: I ☒ II () () LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo ☒ Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	  Luciana Soares de Lima Enfermeira de Enfermagem CNP 389.803			
Observações:				



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



DATA DE ADMISSÃO	22/07/2019	DIH		DN	18/11/1952
PACIENTE	CLEZIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	66	LEITO	402-4	DATA	26/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.J.W.
2	AVP				
3	OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SW
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA



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

Celia, 11/09/2019
Examinado no HC

Lauda Médico

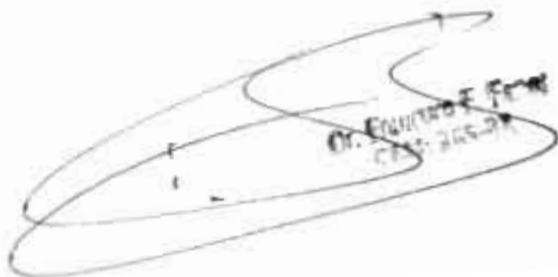
Elisie Julie Vieira dos Santos, C.T. 13162 SSP/RR, vítima

de acidente automobilístico, com fratura de platô tibial, conforme
ficha de atendimento 1901138953 P.S Francisco Elsbão, com indica-
ção de cirurgia ortopédica. Periciando em pessoa que ficou
hospitalizada por 5 dias, sendo dado alta, sem cirurgia devido
falta de material devido crise na saúde do Estado de Roraima.

Periciando apresentando marcha claudicante à direita,
limitação para supinextensão, flexão, rotação interna e externa, redução
da força e mobilidade de joelho direito, comprometendo atividades
laborativas com membro inferior direito.

Conclusão: Periciando com seqüela funcional
permanente de membro inferior direito.

Boa Vista, 06/11/2019


Dr. Francisco Elsbão
CRM 365/RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polgar Direito



Clesia Julia Vieira dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 13162 27/07/2018

NOME
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FILICIANO ANCELMO DOS SANTOS
ANA HERMINIA VIEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DOC. GROSSO
CERTD NASC 07720 FLS 191 LIV 35
BOA VISTA-RR

CPF
015.217.212-20

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Facilitadora de Polícia Civil
Diretor de RDC

DATA DE NASCIMENTO
18/11/1952

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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



Polgar Direito



Telvia D. Guedes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Módulo Gráfico Padrão

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

524555-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

30/01/2017

NOME

TELVIA SANTIAGO GUEDES

FILIAÇÃO

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO

TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA

DATA DE NASCIMENTO

18/11/1970

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02

SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Paperecepienda de Polícia Civil
Diretor de ROR

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975603002
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 01 COD. RENAVAM 00200156/64 R. LIT. E.C. 2019 EXERCÍCIO 2019

NOME CLEBIA JUNIOR VIEIRA DOS SANTOS

PLACA RR

015.217.212-20

PLACA ANT. UF

ESPÉCIE TIPO PAB/MOTONETA/INNO. 400CC

MARCA/MODELO HONDA/BLZ 125 ES

CAP. POT/DL 2P/0124CV/

CATEGORIA PARTICU

COMBUSTIVEL GASOLINA

ANO FAB. 2010

CON. PREDOMINANTE

VENIC. COTAB 1

VENIC. COTAS 2

VENIC. COTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$0,32

PREMIO TOTAL (R\$) R\$0,32

DATA DE PAGAMENTO 12/05/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROLA GAR. DA

AMAZ. G.C.I.B. *

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU MAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975603002 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

015.217.212-20

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 23/05/2019

RENDA/BLZ 125 ES

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) R\$0,32

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$0,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$0,32

PAGAMENTO PARCELADO

DATA DE QUINÇÃO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 015.217.212-20

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS : 015.217.212-20

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: 11/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/11/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 joelho	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: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580143 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. P2(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Outorgante: , CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS , portador (a) do RG nº 13162 SSP/RR, , brasileira, solteira, aposentada, inscrito no CPF: nº 015.217.212-20 , residente na AV: Nossa Senhora de Nazaré nº 1328 Bairro: Caimbé, Boa Vista- RR CEP 69.312-165 , Tel.: (95) 3625-3970.

VITIMA: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS CPF Nº 015.217.212-20 DO
SINISTRO: 22/07/2019

NATUREZA: INVALIDEZ

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, RG nº 5245559 SSP/RR,
Data de Emissão: 30/01/2017 e CPF nº 739.248.066-91, Cujo endereço é: Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 13 de setembro de 2019.



CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 015.217.212-20

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS : 015.217.212-20

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: 11/10/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354726/19

Número do Sinistro: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

CPF: 015.217.212-20

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/11/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143 Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580143 **Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 22/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

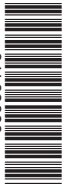
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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 joelho 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: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 000000058498-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

015.217.212-20

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

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

CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

015.217.212-20

APOSENTADA

AV. NOSSA SENHORA NAZARE

1328

CAIMBE

BOA VISTA

RR

67.312-165

confiancaest@hotmail.com

(95) 98118-1200

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)

Nome do BANCO: BRADESCO

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0522 3 CONTA: 0058498 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

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
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026916/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 12:44 Data/Hora Fim: 23/08/2019 13:03
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 22/07/2019 16:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. CONSOLATA

Bairro: Centro
Nº: 897

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Feminino	Nasc: 18/11/1952
Profissão: Aposentado			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Ana Herminia Vieira dos Santos	Nome do Pai: Filiciano Angelino dos Santos		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 015.217.212-20
RG - Carteira de Identidade: 13162

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
Bairro: CAIMBÉ
Telefone: (95) 3625-3970 (Residencial)
Nº: 1328

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Descrição VEICULO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026916/2019

Descrição MOTOCICLETA

Placa NAM9703

Número do Motor JC42E2A321181

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Aduferado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

CPF/CNPJ do Proprietário 015.217.212-20

Renavam 00200156764

Número do Chassi 9C2JC4220AR321181

Cor ROSA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 24/12/2018

Nome Envolvido

Clesia Julia Vieira dos Santos

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA AV. CONSOLATA QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO VEIO RÊ E COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, ONDE A COMUNICANTE VEIO A CAIR E LESIONAR GRAVEMENTE SEU JOELHO DIREITO. É O RELATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Elnelson Aguiar Dos Santos

Agente de Polícia

Matrícula 42000746

Responsável pelo Atendimento

Clesia Julia Vieira dos Santos

(Comunicante/ Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DATA 12/08/2019 às 10:35
COMPROVADO COM O ORIGINAL
Dejerson Aguiar dos Santos
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190580143
Nome do(a) Examinado(a): Clesia Julia Vieira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Av Ns de Nazare, 1328 C Imbe R
Caimbe Caimbe RR CEP: 69312-165
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 13162
Data local do acidente: [22/07/2019]
Data local do exame: [25/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

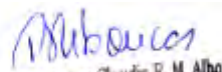
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO E CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM OUTUBRO DE 2019
Complicações: JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO
Data da Alta: VITIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
JOELHO D: SINAIS DE ARTROSE + COMPROMETIMENTO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO MEMBRO
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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


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



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1383

PREFEITURA
BOA VISTAUNIDADE: **BRAVO I**

EQUIPE: Márcio + Aníbal + Marcelo

Paciente: Cléia Juliza Nunes dos SantosIdade: 46Sexo: Dem.Nacionalidade: Brasileira

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

Endereço: Av. VOSSA SENHOR DA COMBOLUTA - Nº 897Bairro: CentroNº 12325DATA 22/07/2019HORA J/9: 18:30

BASE (X) VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. LucianoHORA J/10: 16:20

(X) CELULAR

MOTIVO
INICIALCarro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito ☐ 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
☐ Condutor	☐ Automóvel	☐ Motocicleta	☐ Cinto de segurança
☒ Passageiro	☒ Motocicleta	☐ Ônibus	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Micro-ônibus	☒ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

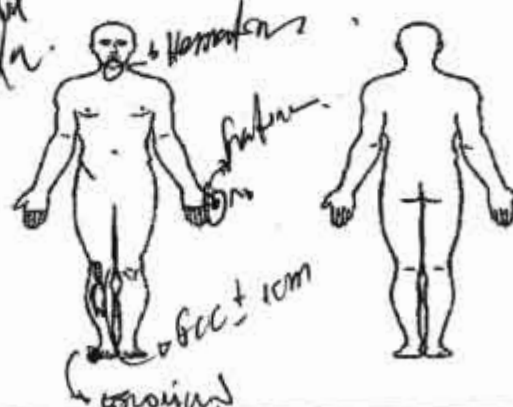
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAIL. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midriase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro		☐ Cianose central	☐ 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 <u>18:30</u>	<u>100x100</u>	<u>93</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>		<u>133 mg/dl</u>	<u>10</u>	<u>15</u>
Fim <u>16:49</u>	<u>100x90</u>	<u>100</u>		<u>99%</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
1 - Dor	☒ 4 - Espontânea	☒ 6 - Orientado	☒ 6 - Obedece a comandos
2 - Hematoma	☐ 3 - Ao comando	☐ 4 - Confuso	☐ 5 - Localiza a dor
3 - Contusão	☐ 2 - À dor	☐ 3 - Palavras inapropriadas	☐ 4 - Movimento de retirada
4 - Escoriação	☐ 1 - Sem resposta	☐ 2 - Palavras incompreensíveis	☐ 3 - Flexão anormal
5 - Laceração		☐ 1 - Sem resposta	☐ 2 - Extensão anormal
6 - Luxação			☐ 1 - Sem resposta
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			



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☒ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Respiratória	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ Cardiovascular	☐ HAS
☐ Fibrilação atrial	☐ Digestiva	☒ Medicação de uso
☐ FV	☐ Metabólica	☐ Alergias
☐ TV	☐ Infecciosa	☐ Outros
☐ AESP		
☐ Assístolia		

GRAVIDADE
COMPROVADA

[] Ileso

[X] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Óbito

Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
CRM-RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

EM 23/08/19

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

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

- ☐ Outros
☒ Setor

PERTINENTE DO PACIENTE	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa 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 da gestante	
BCF: _____	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☒ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ____ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolea-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros: _____
☒ Acesso venoso Gelco n° _____	☒ Acesso venoso Scalp n° _____	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

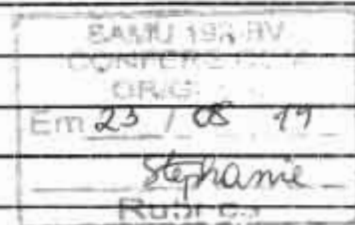
23/07/2019. 16:10. A B99 foi acionada via central 192 e foi encaminhada a uma ocorrência de parturiente hemorrágica, no local onde se encontra a vítima no solo em decúbito dorsal; após avaliação inicial não foi constatado o nível de consciência, sendo orientada a não recusar atendimento, foi representado sinais vitais com os seguintes valores: frequência cardíaca 120 bpm, pressão arterial 90/60 mmHg, saturação de oxigênio 95%, temperatura 36,5°C, sendo encaminhada a unidade de emergência para atendimento.

foi 04 puns de lúpus procud. (m).

foi 01 puns de 250.

foi 01 puns compressa extensil.

foi 01 puns gaze extensil.



Mônica Cláudia Pereira
Assinatura e carimbo do profissional