

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428562 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.
P2,3,4,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Rosmer Rafael Reguena Trías
NACIONALIDADE:	Venezuela
PROFISSÃO:	Instrutor Auto Escola
IDENTIDADE:	0529282
ENDEREÇO:	Rua Lorival H Da Silva, 282, Jardim Carano

OUTORGADO

NOME:	Ilain Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	R. Antonio R. Calvão 1032, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/03/2019, cobertura Invalidez, vítima: Rosmer Rafael Reguena Trías

Das 11h às 05-04-19



LOCAL E DATA

Rosmer Reguena

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



15 JUL. 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238494/19

Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

CPF: 707.545.852-39

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSMER RAFAEL
REQUENA TRIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

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

ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS : 707.545.852-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS
CPF: 707.545.852-39

ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238494/19

Número do Sinistro: 3190428562

Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

CPF: 707.545.852-39

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 01/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSMER RAFAEL
REQUENA TRIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS : 707.545.852-39

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA
CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190428562

Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

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

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428562

Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

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, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428562

Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

Data do Acidente: 01/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 6953

Conta: 0000024152-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 707.545.852-39 Nome completo da vítima: Rosmer Rafael Requena Truás

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

Nome completo: Rosmer Rafael Requena Truás CPF: 707.545.852-39
Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Municipal H. da Silva Número: 282 Complemento: _____
Bairro: Jardim Caraná Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-722
E-mail: FLOIRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 99154-4282

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 6953 ☐ CONTA: 24152 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 11/07/2019
Nome: Rosmer Rafael Requena Truás
CPF: 707.545.852-39

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 28/05/2019.

COMUNICANTE: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

RG: NÃO POSSUI CPF: 707.575.852-39

ENDEREÇO: RUA HONORATO LOURIVAN DA SILVA, Nº 282 BAIRRO: CARANÃ

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: ADMINISTRADOR BANCÁRIO

DATA DE NASCIMENTO: 06/08/1981

NACIONALIDADE: VENEZUELANA

IDADE: 37 ANOS GRAU DE INST: TECNICO SUPERIOR

ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 99105-0635 Nº REG. CNH: Ñ POSSUI

NOME DO PAI: TEODULO ARMANDO REQUENA

NOME DA MÃE: FRANCIA JOSEFINA TRIAS DE REQUENA

O comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que no dia 01/03/2019, por volta das 10H45MIN, estava em sua bicicleta, transitando pela Rua Joca Farias, quando um cidadão, dirigindo um automóvel pela mesma rua, porém, em sentido contrário, atropelou o comunicante quando este (suposto autor) tentou pegar a Rua José Carlos dos Prazeres. Que não sabe informar marca, modelo ou placa do veículo, pois o suposto autor tomou rumo ignorado após o sinistro. Que devido às lesões sofridas na colisão, foi levado por uma equipe do SAMU ao HGR, onde passou por atendimento médico. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de Seguro DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

Daniel B. Magalhães
Agente de Polícia
Mat: 042000925

ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS
Comunicante



15 JUL. 2019

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

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000024152-5

Autenticação:

996B46584048E9222EAD82506755C21F7E0CB446927C6D94281D6DF62B22A747

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO III

EQUIPE: TACIMAR / ELTON / Bispo

Paciente: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS Idade: 38 Sexo: MASC
Nacionalidade: Venezuelano Raça: Branca [] Negra [X] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []
Endereço: Rua João Faria Bairro: Caraná

Nº 3298 DATA 01/03/2019 HORA J/8: 10:26 BASE X VIA () () RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): Dr. Eladio HORA J/10: 10:31 CELULAR 4

MOTIVO INICIAL: Ônibus x BATE
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

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

AValiação INICIAL

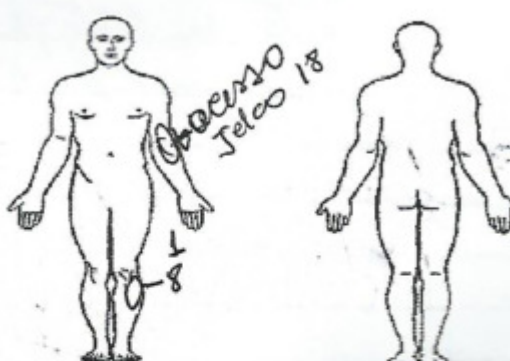
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midriase
☐ Obstrução Total	☐ Bradpnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente 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: 10:17	120x80	104	22	99			3	15
Fim: 11:03		102		99				

AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	☒ Espontânea
2 - Hematoma	☐ Ao comando
3 - Contusão	☐ À dor
4 - Escoriação	☐ Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



AValiação CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☒ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Respiratória	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ Cardiovascular	☐ HAS
☐ Fibrilação atrial	☐ Digestiva	☐ Medicação de uso
		☐ Alergias
		☐ Outros

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

15 JUL. 2019

Dr. Paulo F. M. Medeiros
CRM-RR 1785

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTES	MEIOS ACIONADOS
☐ Cancelamento	☐ Polícia Militar
☐ Recusa de Atendimento / [] Hospitalização	☐ Guarda Municipal
☐ Não se encontrava no local	☐ SMTRAN
☐ Trote	

SAMU 192-BV
COM. 192 COM
Em 28/06/19
Stephanie

TERMO DE
RECUSA

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

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 laringea ☐ 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
☐ Bolsa-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

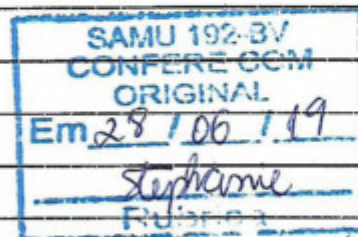
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
SPOS 1. -> 250	250ml	Oral	10:30				
/	/	/	/				

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para colar o ônibus com BixiCleton, ao chegarmos no CATH paciente sentado, LOTE, após avaliação foi constatado uma provável fratura de perna direita e tibia direita proximal, informamos ATW a central que orientou levar ao G.T. do IHR.

Obs. materiais:

01 gelco n° 38;
 01 tala moldável de perna;
 02 tala rígida;
 03 marcadora;
 04 pontos lúmen n°;



15 JUL 2019

Assinatura e carimbo do profissional

412-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosmei Rafael Reguena Tricis, 37 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 01/03/19, COM
 DIAGNÓSTICO DE fratura de platô tibial (E)
 NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE SENDO

OPERADO PELO DR. E DR. .

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 08/03/19, ÀS 12,00hs, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 19/03/19, ÀS 07:00hs, COM O
 DR. Vitor M

Agendar na recepção #02

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Aruda

BOA-VISTA, 08/03/19

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

MÉDICO

15 JUL. 2019

Outopaco - Dr. Vitor Un.

Fx de Foto Típicol (E)

(Santoghen 6) Jéruva.

CD: Ao CC.

→ AV. Cerejgi Vascular, opns
retorno solo Gemo

CR

15 JUL. 2019

— C. Vascular — 14h30

nenhuma op supbrarteria:
não foi sentin de bnt

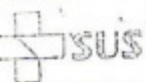
afgoz anelado
int Dr Vito Poracat

Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 766

ft encaminhar op C-C, arteriais, no momento de
realiza o Rx, mesmo não funcionem (quedimen), porém
caligada talo-gemada. A ~~esta~~ técnica estabiliza prota
u MJE, pulso pedais (+), lras perfusão, se ~~afgoz~~ ~~an~~
e penitente

Alto. 08.03.19

1851



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
HGR ROSMER RAFAEL REQUENA TRIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		171336	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
819181010510141612114136		06/08/81	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Francis Josefa Trias de Requena			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Cabos Policia Militar - 2388		915 91911 1517101513	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bon Vista		R1R6191311317510	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Sintoma a Pólio Tumor (E)	

18 - CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO	15 JUL. 2019
Intensamente Cirúrgico	

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
2X	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Intensamente Pólio Tumor (E)	

PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
26 - CLÍNICA		28 - DOCUMENTO	
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
Vitor Lm.		02/03/19	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - N° DO BILHETE	
38 - CNPJ EMPRESA	
39 - CNAS DA EMPRESA	
40 - CBOE	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
42 - EMPREGADO	
43 - EMPREGADOR	
44 - AUTÔNOMO	
45 - DESEMPREGADO	
46 - APOSENTADO	
47 - NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO	
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
0408050551	
5821	
V099	

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 01/03/19

O.S. _____

Romer Rafael R. Trica

15 JUL 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx Placa Fibra (E)
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixador externo em MTE
 TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
 **EDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 AGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Dr Marcos A R2
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1- Pct D DM + anest
- 2- Círculo + Círculo + Círculo
- 3- Fixador externo trans articular em MTE +
Controle radiológico
- 4- Anest + R2

Vitor Paracat Santiago
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-RR 1635
 RQE: 610

[Signature]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Mosma Nobel Pequena

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº *3000-100*

01/03/19

AGENTES	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	165	180	195	210	225	240
DA																
X																
ULSO																
•																
ANES																
X																
OP																
O																
TEMP																
□																
ASPIR.																
- A																
RESP																
O																
Expon																
Assist																
Contro																

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
<i>Nº 3000-100 Hm 3</i>		<i>Requisição</i>	<i>* monitorização + choque</i>
B		<i>100ml</i>	<i>1. Intubação da</i>
C		<i>verificação exa-</i>	<i>região com um</i>
D		<i>torneo</i>	<i>alveolar 20% + infiltra-</i>
E			<i>ção do Mucosa + Punc-</i>
F			<i>ção com L1/L3. 1g/100</i>
G			<i>20 G de Quinina Líquida</i>
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea	<i>dois minutos</i>
NECO		Naso / Orotraqueal - Cega	<i>2. Sutura da pele</i>
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			
<i>Osteossíntese + fixação de Placa + Parafusos</i>			
ANESTESIA	DOIS	CIRURGIÃO	
<i>Dr. Fábio M. Gonçalves (m)</i>		<i>Dr. Vitor P.</i>	

PERDA SANGÜÍNEA

Dr. Alberto M. M. Mendes
Anestesiologista
CRM/R 307

15 JUL 2019



15 JUL 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rosimer Rafael Reguena Trias			5/N	04 / 07 / 19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fixação Externa de Placa Tibial		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Esquerda		17:30	18:30		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Vitor Paracot		ANESTESISTA: Dr. Fabiano			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Res. Emanuel			
Res. Marcos		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
Res. Augusto		Valeria, Hilma			
TIPO DE ANESTESIA: Raquia		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
□	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
5	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
3	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
2	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE Jato nº 18	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equipamento macroscópicos	
2	SERINGA 10ML		5	GEOFOAM Eletrodos	
2	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: Cateter U2	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR(A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
ENFERMEIRA CHEFE		SUB- TOTAL			
Bruno		TAXA DE SALA			
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS		TAXA DE ANESTESIA			
CIRCULANTE DE SALA		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



15 JUL. 2019

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Fixação Externa de Placa Tibial 'E'

Data: 01/03/19

Nº. DO PRONTUÁRIO: S/N

Paciente: Rosimar Rofael Bequeno Trias

Idade 37

Bloco: _____ Enfermaria _____ Leito: _____

Caixa: _____ Nº _____

Circulante: Valeria, Hilma Sala 05

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Sistema de Fixação Ossea Femur/Bacia T 400 - L

Pino Intramedular Osseo - R X L X 4,5 X 200 X T - L

Lote: 009545 Código: AF35 8 690
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 28/12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 005445 Código: F08 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
Fab.: 29/10/2018 Val.: 10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 009545 Código: AF35 8 690
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.: 28/12/2018 Val.: 12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 005445 Código: F08 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
Fab.: 29/10/2018 Val.: 10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

1ª Via - PRONTUÁRIO

2ª Via - CME

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610
Médico Responsável

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Raimon Daniel Representativa

02.03.2019

08h

Shaw F/4

- Raimon Daniel C. Vazquez

1º PO fratura externa MIE

- Pulso presente MIE

- Edema fecho

15 JUL. 2019

→ Eleva o membro

→ sem dor vascular no momento

- Avista se necessitar reanestesia de C. Vazquez

Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 768

03.03.19

10h

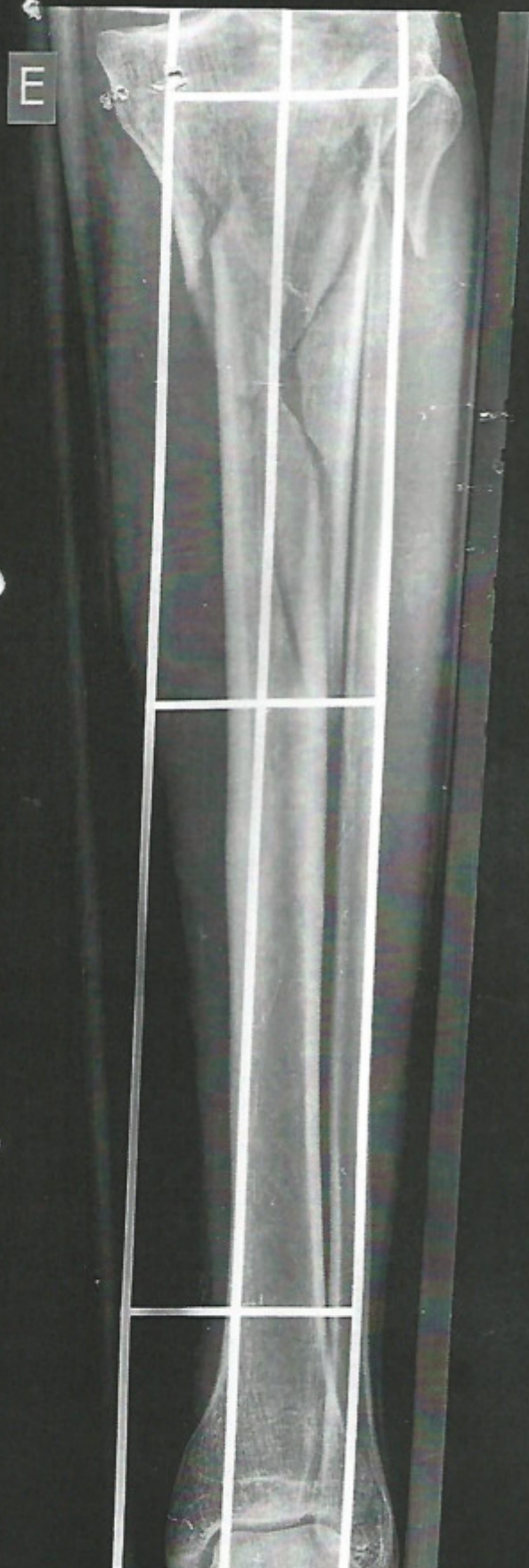
FG

Pulso normal MIE

Hematomas de fecho ainda

Eleva + o leito e soba o membro -
tensão

Dr. Sérgio Brito
Cirurgia Vascular
CRM-RR 768



19,9 % 1/3/2019 11:40:12

50,1 %

1/3/2019 11:40:12

ROSMEYRA RAFAEL,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

15 JUL. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE (RG, CRESSOMUF)
114807 SSP RR

CPF
383.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT.1/AB

Nº REGISTRO
01101912304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

980151096

980151096

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428562 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSMER RAFAEL REQUENA TRIAS **Data do acidente:** 01/03/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.
P2,3,4,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos

complementares:

Observações:

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