

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:
2908887020201116172045

Processo 0827229-55.2020.8.23.0010 ☆ - (24 dia(s) em tramitação)

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

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 29 de janeiro de 2021 às 09:00:00
Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 04/11/2020 - Prazo: 17/11/2020 à 24/11/2020 (5 dias): PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE Cumprir Prazo

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

☐ Advogado NPJ

☐ 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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08272295520208230010

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 **ELILDE ALVES 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 **23/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/12/2019**.

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/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;

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080563 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS Data do acidente: 23/11/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 23/11/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000017601-4

Autenticação:

F6A954C60BE548995E1CFF75D1BCDE3BE5ACD24E3B885E195776D2E80F2D88CB

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.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

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

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

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

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

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

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

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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 HOUVE 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.

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.”

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

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 horários 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, 16 de novembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ELILDE ALVES DOS SANTOS**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08272295520208230010.

Rio de Janeiro, 16 de novembro 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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080563

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELILDE ALVES 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080563

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELILDE ALVES 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000017601-4

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: 449.519.732-00 4 - Nome completo da vítima: ELILDE ALVES 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: ELILDE ALVES DOS SANTOS 6 - CPF: 449.519.732-00
7 - Profissão: VIGILANTE 8 - Endereço: RUA - 5-33 9 - Número: 3474 10 - Complemento:
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-606
15 - E-mail: RECUSOU 16 - Tel.(DDD): 95158122-7634

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO ITAÚ
AGÊNCIA: 8526 CONTA: 37603 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, BOA VISTA/RR 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS Nº1 0002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 11:07 Data/Hora Fim: 20/12/2019 11:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM serie J nº 811341 Data: 23/11/2019
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/11/2019 20:45 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Rua. Cezar Nogueira Junior Cruzamento c/ Rua Prof. Helcio Carlos

Complemento: via pública

Ponto de Referência: cruzamento

Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Santa Luzia

Nº: cruzamento

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELILDE ALVES DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 47

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 449.519.732-00

RG - Carteira de Identidade: 2613183

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: SENADOR Helio campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: ANA LUCIA DE DE ALVES DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 40

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: MYCAELA ROCHA DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 22

Profissão: Estudante





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.882.082-00

RG - Carteira de Identidade: 492737-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua, Vicente Figueira de Melo.

Bairro: cambará

Telefone: (95) 99184-5257 (Celular)

Nº: 57

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO SILVA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vargem Grande

Sexo: Masculino

Nasc: 15/09/1968

Profissão: Operador de Máquina

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vangelina Pereira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 357035-5

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 475.628.463-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 05

Complemento: Casa

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99114-4021 (Celular)

Nº: 121

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Everton Brasil

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 449.519.732-00

Renavam 01057389754

Número do Chassi 9C2HC1420FR018650

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAU-6027

Número do Motor HC14E2F018650

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Eliide Alves dos Santos

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado (a), compareceu nesta unidade de polícia a VTR-010 da CIPITUR, na data e hora as 20h45mn, para entregar um Boletim de Ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos materiais, que informa que a vítima no endereço a cima citado, onde segundo informações das partes que conduzia o veículo, pela Rua Cerza Nogueira Júnior, sentido

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 20/12/2019 11:19
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

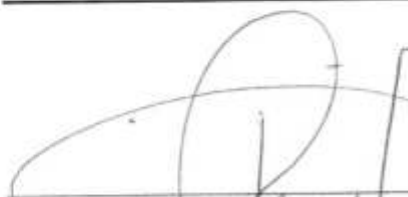
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

quando na altura do cruzamento com Rua Professor Hélio Carlos colidiu Frontal com a porção Lateral do 2V2, que trafegava no endereço supracitado sentido > Rua N11, a item 2032 estava na condição de Passageira do item 2012, (Elilde) e A item 2032 (Ana Lucia) foram conduzida até ao PSE ambas com escoriações pelo Corpo e provavelmente fratura de Fêmur, na perna Esquerda do item 2012 (ELILDE), que a item 22 se queixava de dores no Tórax, foram todos removido ao PSE, por Familiares, a Perícia este no local e se presente o perito Jacy, o V1 foi liberado ao senhor Higor Alves dos Santos, portador da CNH nº 07196471008, e o 2V-22, também foi liberado no local ao Sr. Ambrósio Pereira de Sousa. Portador da CNH nº 00821645205 não houve procedimento Administrativos. Eram o que tem a relatar.

O COMUNICANTE SENHOR RAIMUNDO QUE É PROCURADOR (CÓPIA ANEXA), DA VÍTIMA ELILDE COMPARECEU NESTA DELEGACIA, PARA ADITAR ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT. O QUE FOI FEITO ACIMA. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento




Raimundo Nonato Silva
(Comunicante / Procurador)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Vtr CIPTUR 010	SUCo CIPTUR	Data 23/11/19	S/Setor OESTE	H/Transm 13:10	H/Ini 13:10	CH/H 13:20	H/Fim 15:30	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13999/13006	Cód. Ser. Prest. XXXXXXXX	Km/Ini 2802	Km/Fim 2815				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR CRUZAMENTO

LOCAL COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS

Bairro: SANTA LUZIA

Refs.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1	ENVOLVIDO	Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS	Idade: 47	E. Civil: CASADO
Endereço: RUA S33, Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS				
Edt. R.G. 2613183-PA		CNH 34047472880	PROF. VIGILANTE	
CPF 44951973200		TEL 991127299		
2	ENVOLVIDO	Nome: MYCAELA ROCHA DE SOUZA	Idade: 22	E. Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA VICENTE FIGUEIRA DE MELO, Nº 57, BAIRRO: CAMBARÁ				
Edt. R.G. 4297377-RR		CNH 06741905732	Profissão: ESTUDANTE	
CPF 03188208200		TEL 991845257		
3	PASSAGEIRA	Nome: ANA LUCIA ALVES DE OLIVEIRA	Idade: 40	E. Civil: CASADA
Endereço: RUA S33, Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS				
Edt. R.G. 189529-RR		CNH XXXXXXXXXXXXX	Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXXX	
CPF XXXXXXXXXXXXXXXXX		TEL 991127299		

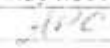
VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1 HONDA/BIZ DE COR PRETA E PLACA NAU-6027 DANOS CONFORME PERICIA.

V2 CHEVOLET/COBALT DE COR VERDE E PLACA HOL-7462 DANOS CONFORME PERICIA.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA  CARGO  LOCAL 

Senhor (a) Delegado (a),

HISTÓRICO

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, ONDE SEGUNDO INFORMAÇÕES DOS ITENS 01 E 02, O SRº ELILDE ALVES DOS SANTOS (ITEM 01), CONDUZIA O "V1" PELA RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR, SENTIDO BAIRRO>CENTRO, QUANDO NA ALTURA DO CRUZAMENTO COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, COLIDIU FRONTALMENTE COM A PORÇÃO LATERAL DO "V2", CONDUZIDO PELA SRº MYCAELA ROCHA DE SOUZA ITEM 02 QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, SENTIDO> RUA N11, A ITEM 03 ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA NO V1. AS EQUIPES DO SAMU E BOMBEIROS ESTIVERAM NO LOCAL E REMOVERAM O ITEM 01 (ELILDE) E A ITEM 03 (ANA LUCIA) ATÉ O PSE AMBOS COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL FRATURA DE FEMUR NA PERNA ESQUERDA DO ITEM 01 (ELILDE). A ITEM 02 (MYCAELA) APÓS SE QUEIXAR DE DORES NO TORAX, FOI REMOVIDA AO PSE POR FAMILIARES. INFORMO AINDA QUE NO CRUZAMENTO DO SINISTRO NÃO HÁ SINALIZAÇÃO VERTICAL NEM HORIZONTAL. A PERICIA ESTEVE NO LOCAL E SE FEZ PRESENTE O PERITO JACY. O V1 FOI LIBERADO AO SRº HIGOR ALVES DOS SANTOS PORTADOR DA CNH: 07196471008 E O V2 FOI LIBERADO AO SRº AMBROSIO PEREIRA DE SOUZA PORTADOR DA CNH: 06821845205, NÃO HOUVE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

EVERSON BRASIL

41.204-0

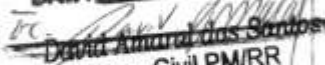
CADASTRO

SD PM

Posto/Gratuação

CIPTUR

SUOp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 12/12/19
DC 
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000017601-4

Autenticação:

F6A954C60BE548995E1CFF75D1BCDE3BE5ACD24E3B885E195776D2E80F2D88CB

CONTA Nº: 11/12/2019
VENCIMENTO: 11/12/2019
TÍTULO: 463
TOTAL A PAGAR (R\$): 394,29
CPF: 00044951973200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 477,00	Atual: 07 01 00	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 440,00	Anterior: 10 10 00	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 37	Próxima leitura: 01 01 00	Ligação: 01/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 00 01 00	Número Medidor: 118805467
Consumo médio: 12,62	Apresentação: 01 00	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 37		Modalidade: 11 1407842

CONSUMO	463 A R\$ 0,730088 =	361,18
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00		0,76
JUROS DE HORA POR ATR 09/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO 09/19-00		6,65
JUROS DE HORA DE 11/19-00		0,44
ILUMINACAO PUBLICA		25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRESTADOR PÚBLICO: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA PÚBLICA. ATÉ 30/11, TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 2,12% ANUAL - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800191919 E ENCHA OCHU VENCIMENTO 16 11 16 21 26. Portanto! Até o dia 05/11/2019, não constamos faluras vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO										
COMPOSIÇÃO DA COTA FISCAL										
Energia:	Encargos:									
Transmissão:	Tributos:									
17,00	18,50									
35,50	35,50									
IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$										
Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR								
ICMS:										
PS:	17,00%		61,40							
COPINS:	0,25%		1,26							
			62,66							
INDICADORES DE CONTINUIDADE										
ÍNDICE	TRIMESTRAL			ANUAL	ÍNDICE	TRIMESTRAL	ANUAL	ÍNDICE	TRIMESTRAL	ANUAL
	Realidade	Resposta	Resposta							
Índice	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82			
Realidade	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82			
Conjunta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			

DISTRITO: 09/2019

SEU CÓDIGO: 0075842-6

TOTAL A PAGAR - R\$: 142,39

MES FATURADO: 11/2019

VENCIMENTO: 11/12/2019

3984036 FCM*

83660000003 5 94290075000 4 000000000075 2 84261119008 8

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIDE ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura 2-DAMS da Vítima ELIDE ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, 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. MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOM VISTO</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-170</u>
Email <u>ZANZA MASULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>95/98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99/58-4307</u>	

Bom Vista, RR, 13 de Janeiro de 2020

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PSB
Av. Brigadeiro Faria Lima, 3303

1) Classificação / Reclassificação

☐ Verme
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

2) Reclassificação

☐ Verde
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

3) Reclassificação

☐ Verde
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

10/11/2019 23/11/2019 13:25:21 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-15 22

Paciente: **EUILDE ALVES DOS SANTOS** Data Nascimento: **06/08/1973** Idade: **46 A 2 M 18 D** CNB: **44951873200** CPF: **44951873200**
 Titulo: **Comunidade** Orgão Emissor: **SSPHR** Data Emissão: **M** Estado: **RR** Sexo: **M** Estado Civil: **PARD** Nacionalidade: **BRASIL**
 Identidade: **4334067** Pci: **INOENCIO FREITAS DOS SANTOS** (95) 99426-8713

Endereço: **RUÁ - S.23 - 1474 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Casa: **6A Rua** Plano: **Coverlo** Nº da Carteira: **505 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Votante: **Autoregistro** Sis. Pênalti:

Motivo de Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Grau de Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **GRANDE TRAUMA** Procedimento: **DEMANITA ESPONTANEA** Registrado por: **JACKSON SADOVSKI**

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomática Respiratória ☐ Suspeita de Dengue

Acompanhante de Emergência: **GSC** TOTAL: **AD 1234 RM 17345 MR 123456** / **5**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: **13:25**)

paciente com trauma abdominal grave devido a queda de moto com lesão no tórax (D) e lesão no abdômen

Exame Físico: *paciente com trauma abdominal grave devido a queda de moto com lesão no tórax (D) e lesão no abdômen*

paciente com trauma abdominal grave devido a queda de moto com lesão no tórax (D) e lesão no abdômen

Hipótese Diagnóstica: *trauma*

SADT - Exames Complementares

☐ Raios-X ☐ ULTRA SON ☐ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

1) DILATAÇÃO 2g (D) *2) Torax 40-6 (D)* *3) fístula*

Lauditoni Junior *Medico* *CRM-RR 1882*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

13/11/2019 *13:25*

 Sistema Ministério União de da Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: BLOCO D	
2 - CNPJ: 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO RESPONSÁVEL: 4 - CNES:	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: Edson Alves dos Santos	
6 - DATA DE NASCIMENTO: 5/9/73	
7 - SEXO: ☒ M ☐ F	
8 - NOME DA VAGUA RESPONSÁVEL: Amadeus Alves de Sousa	
9 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO): Rua S.33 1474 Sen. Heliô Campos	
10 - CIDADE DE RESIDÊNCIA: Boca Vista	
11 - CEP: 124000-00 RR	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS OBSERVADOS: paciente refere dor constante com matrizes presentes no abdômen em dor forte	
13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Do Abdômen	
14 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + exames feitos	
15 - CID 10 PRIMÁRIO: 16 - CID 10 SECUNDÁRIO: 17 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
18 - TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exames	
19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Rogério	
20 - DATA DE SOLICITAÇÃO: 21 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 22 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO: 23 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO:	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)	
24 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 24 - 2 - ACIDENTE TRABALHO CÍVIL: 24 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO: 25 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 25 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 25 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
26 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 26 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 26 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
27 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 27 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 27 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
28 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 28 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 28 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
29 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 29 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 29 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
30 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 30 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 30 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
31 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 31 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 31 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
32 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 32 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 32 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
33 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 33 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 33 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
34 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 34 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 34 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
35 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 35 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 35 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
36 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 36 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 36 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
37 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 37 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 37 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
38 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 38 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 38 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
39 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 39 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 39 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
40 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 40 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 40 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
41 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 41 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 41 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
42 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 42 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 42 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
43 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 43 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 43 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
44 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 44 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 44 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
45 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 45 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 45 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
46 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 46 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 46 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
47 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 47 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 47 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
48 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 48 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 48 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
49 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 49 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 49 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
50 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 50 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 50 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
51 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 51 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 51 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
52 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 52 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 52 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
53 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 53 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 53 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
54 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 54 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 54 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
55 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 55 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 55 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
56 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 56 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 56 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
57 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 57 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 57 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
58 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 58 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 58 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
59 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 59 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 59 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
60 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 60 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 60 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
61 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 61 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 61 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
62 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 62 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 62 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
63 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 63 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 63 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
64 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 64 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 64 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
65 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 65 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 65 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
66 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 66 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 66 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
67 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 67 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 67 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
68 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 68 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 68 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
69 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 69 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 69 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
70 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 70 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 70 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
71 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 71 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 71 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
72 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 72 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 72 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
73 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 73 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 73 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
74 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 74 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 74 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
75 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 75 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 75 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
76 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 76 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 76 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
77 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 77 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 77 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
78 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 78 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 78 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
79 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 79 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 79 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
80 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 80 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 80 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
81 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 81 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 81 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
82 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 82 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 82 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
83 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 83 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 83 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
84 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 84 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 84 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
85 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 85 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 85 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
86 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 86 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 86 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
87 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 87 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 87 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
88 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 88 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 88 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
89 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 89 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 89 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
90 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 90 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 90 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
91 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 91 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 91 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
92 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 92 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 92 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
93 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 93 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 93 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
94 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 94 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 94 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
95 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 95 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 95 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
96 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 96 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 96 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
97 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 97 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 97 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
98 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 98 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 98 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
99 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 99 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 99 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	
100 - 1 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 100 - 2 - ACIDENTE DE TRÁFICO: 100 - 3 - ACIDENTE DE TRÁFICO:	

Atenc - 0408050098

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: <i>Elaine Alves do Santos</i>					
AGNOSTICAR: <i>23/11/19</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA: <i>23/11/19</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0.9% 500ML EV 8/H				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18:00 - 24:00 - 06:00 - 12:00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				<i>06:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA				SN
7	NABUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/6 H				<i>18:00 - 06:00 - 14:00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H 6/H				<i>18:00 - 06:00 - 12:00</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6H				<i>08:00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>08:00</i>
12					
13	<i>Paracetamol 400mg SC 1x/6h</i>				<i>18:00</i>
14	<i>Fisioterapia 2x/dia</i>				<i>08:00</i>
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVM + CCBS 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					

DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250; 251-300; 301-350; 351-400; 401-450; 451-500; 501-550; 551-600; 601-650; 651-700; 701-750; 751-800; 801-850; 851-900; 901-950; 951-1000; 1001-1100; 1101-1200; 1201-1300; 1301-1400; 1401-1500; 1501-1600; 1601-1700; 1701-1800; 1801-1900; 1901-2000; 2001-2100; 2101-2200; 2201-2300; 2301-2400; 2401-2500; 2501-2600; 2601-2700; 2701-2800; 2801-2900; 2901-3000; 3001-3100; 3101-3200; 3201-3300; 3301-3400; 3401-3500; 3501-3600; 3601-3700; 3701-3800; 3801-3900; 3901-4000; 4001-4100; 4101-4200; 4201-4300; 4301-4400; 4401-4500; 4501-4600; 4601-4700; 4701-4800; 4801-4900; 4901-5000; 5001-5100; 5101-5200; 5201-5300; 5301-5400; 5401-5500; 5501-5600; 5601-5700; 5701-5800; 5801-5900; 5901-6000; 6001-6100; 6101-6200; 6201-6300; 6301-6400; 6401-6500; 6501-6600; 6601-6700; 6701-6800; 6801-6900; 6901-7000; 7001-7100; 7101-7200; 7201-7300; 7301-7400; 7401-7500; 7501-7600; 7601-7700; 7701-7800; 7801-7900; 7901-8000; 8001-8100; 8101-8200; 8201-8300; 8301-8400; 8401-8500; 8501-8600; 8601-8700; 8701-8800; 8801-8900; 8901-9000; 9001-9100; 9101-9200; 9201-9300; 9301-9400; 9401-9500; 9501-9600; 9601-9700; 9701-9800; 9801-9900; 9901-10000; 10001-10100; 10101-10200; 10201-10300; 10301-10400; 10401-10500; 10501-10600; 10601-10700; 10701-10800; 10801-10900; 10901-11000; 11001-11100; 11101-11200; 11201-11300; 11301-11400; 11401-11500; 11501-11600; 11601-11700; 11701-11800; 11801-11900; 11901-12000; 12001-12100; 12101-12200; 12201-12300; 12301-12400; 12401-12500; 12501-12600; 12601-12700; 12701-12800; 12801-12900; 12901-13000; 13001-13100; 13101-13200; 13201-13300; 13301-13400; 13401-13500; 13501-13600; 13601-13700; 13701-13800; 13801-13900; 13901-14000; 14001-14100; 14101-14200; 14201-14300; 14301-14400; 14401-14500; 14501-14600; 14601-14700; 14701-14800; 14801-14900; 14901-15000; 15001-15100; 15101-15200; 15201-15300; 15301-15400; 15401-15500; 15501-15600; 15601-15700; 15701-15800; 15801-15900; 15901-16000; 16001-16100; 16101-16200; 16201-16300; 16301-16400; 16401-16500; 16501-16600; 16601-16700; 16701-16800; 16801-16900; 16901-17000; 17001-17100; 17101-17200; 17201-17300; 17301-17400; 17401-17500; 17501-17600; 17601-17700; 17701-17800; 17801-17900; 17901-18000; 18001-18100; 18101-18200; 18201-18300; 18301-18400; 18401-18500; 18501-18600; 18601-18700; 18701-18800; 18801-18900; 18901-19000; 19001-19100; 19101-19200; 19201-19300; 19301-19400; 19401-19500; 19501-19600; 19601-19700; 19701-19800; 19801-19900; 19901-20000; 20001-20100; 20101-20200; 20201-20300; 20301-20400; 20401-20500; 20501-20600; 20601-20700; 20701-20800; 20801-20900; 20901-21000; 21001-21100; 21101-21200; 21201-21300; 21301-21400; 21401-21500; 21501-21600; 21601-21700; 21701-21800; 21801-21900; 21901-22000; 22001-22100; 22101-22200; 22201-22300; 22301-22400; 22401-22500; 22501-22600; 22601-22700; 22701-22800; 22801-22900; 22901-23000; 23001-23100; 23101-23200; 23201-23300; 23301-23400; 23401-23500; 23501-23600; 23601-23700; 23701-23800; 23801-23900; 23901-24000; 24001-24100; 24101-24200; 24201-24300; 24301-24400; 24401-24500; 24501-24600; 24601-24700; 24701-24800; 24801-24900; 24901-25000; 25001-25100; 25101-25200; 25201-25300; 25301-25400; 25401-25500; 25501-25600; 25601-25700; 25701-25800; 25801-25900; 25901-26000; 26001-26100; 26101-26200; 26201-26300; 26301-26400; 26401-26500; 26501-26600; 26601-26700; 26701-26800; 26801-26900; 26901-27000; 27001-27100; 27101-27200; 27201-27300; 27301-27400; 27401-27500; 27501-27600; 27601-27700; 27701-27800; 27801-27900; 27901-28000; 28001-28100; 28101-28200; 28201-28300; 28301-28400; 28401-28500; 28501-28600; 28601-28700; 28701-28800; 28801-28900; 28901-29000; 29001-29100; 29101-29200; 29201-29300; 29301-29400; 29401-29500; 29501-29600; 29601-29700; 29701-29800; 29801-29900; 29901-30000; 30001-30100; 30101-30200; 30201-30300; 30301-30400; 30401-30500; 30501-30600; 30601-30700; 30701-30800; 30801-30900; 30901-31000; 31001-31100; 31101-31200; 31201-31300; 31301-31400; 31401-31500; 31501-31600; 31601-31700; 31701-31800; 31801-31900; 31901-32000; 32001-32100; 32101-32200; 32201-32300; 32301-32400; 32401-32500; 32501-32600; 32601-32700; 32701-32800; 32801-32900; 32901-33000; 33001-33100; 33101-33200; 33201-33300; 33301-33400; 33401-33500; 33501-33600; 33601-33700; 33701-33800; 33801-33900; 33901-34000; 34001-34100; 34101-34200; 34201-34300; 34301-34400; 34401-34500; 34501-34600; 34601-34700; 34701-34800; 34801-34900; 34901-35000; 35001-35100; 35101-35200; 35201-35300; 35301-35400; 35401-35500; 35501-35600; 35601-35700; 35701-35800; 35801-35900; 35901-36000; 36001-36100; 36101-36200; 36201-36300; 36301-36400; 36401-36500; 36501-36600; 36601-36700; 36701-36800; 36801-36900; 36901-37000; 37001-37100; 37101-37200; 37201-37300; 37301-37400; 37401-37500; 37501-37600; 37601-37700; 37701-37800; 37801-37900; 37901-38000; 38001-38100; 38101-38200; 38201-38300; 38301-38400; 38401-38500; 38501-38600; 38601-38700; 38701-38800; 38801-38900; 38901-39000; 39001-39100; 39101-39200; 39201-39300; 39301-39400; 39401-39500; 39501-39600; 39601-39700; 39701-39800; 39801-39900; 39901-40000; 40001-40100; 40101-40200; 40201-40300; 40301-40400; 40401-40500; 40501-40600; 40601-40700; 40701-40800; 40801-40900; 40901-41000; 41001-41100; 41101-41200; 41201-41300; 41301-41400; 41401-41500; 41501-41600; 41601-41700; 41701-41800; 41801-41900; 41901-42000; 42001-42100; 42101-42200; 42201-42300; 42301-42400; 42401-42500; 42501-42600; 42601-42700; 42701-42800; 42801-42900; 42901-43000; 43001-43100; 43101-43200; 43201-43300; 43301-43400; 43401-43500; 43501-43600; 43601-43700; 43701-43800; 43801-43900; 43901-44000; 44001-44100; 44101-44200; 44201-44300; 44301-44400; 44401-44500; 44501-44600; 44601-44700; 44701-44800; 44801-44900; 44901-45000; 45001-45100; 45101-45200; 45201-45300; 45301-45400; 45401-45500; 45501-45600; 45601-45700; 45701-45800; 45801-45900; 45901-46000; 46001-46100; 46101-46200; 46201-46300; 46301-46400; 46401-46500; 46501-46600; 46601-46700; 46701-46800; 46801-46900; 46901-47000; 47001-47100; 47101-47200; 47201-47300; 47301-47400; 47401-47500; 47501-47600; 47601-47700; 47701-47800; 47801-47900; 47901-48000; 48001-48100; 48101-48200; 48201-48300; 48301-48400; 48401-48500; 48501-48600; 48601-48700; 48701-48800; 48801-48900; 48901-49000; 49001-49100; 49101-49200; 49201-49300; 49301-49400; 49401-49500; 49501-49600; 49601-49700; 49701-49800; 49801-49900; 49901-50000; 50001-50100; 50101-50200; 50201-50300; 50301-50400; 50401-50500; 50501-50600; 50601-50700; 50701-50800; 50801-50900; 50901-51000; 51001-51100; 51101-51200; 51201-51300; 51301-51400; 51401-51500; 51501-51600; 51601-51700; 51701-51800; 51801-51900; 51901-52000; 52001-52100; 52101-52200; 52201-52300; 52301-52400; 52401-52500; 52501-52600; 52601-52700; 52701-52800; 52801-52900; 52901-53000; 53001-53100; 53101-53200; 53201-53300; 53301-53400; 53401-53500; 53501-53600; 53601-53700; 53701-53800; 53801-53900; 53901-54000; 54001-54100; 54101-54200; 54201-54300; 54301-54400; 54401-54500; 54501-54600; 54601-54700; 54701-54800; 54801-54900; 54901-55000; 55001-55100; 55101-55200; 55201-55300; 55301-55400; 55401-55500; 55501-55600; 55601-55700; 55701-55800; 55801-55900; 55901-56000; 56001-56100; 56101-56200; 56201-56300; 56301-56400; 56401-56500; 56501-56600; 56601-56700; 56701-56800; 56801-56900; 56901-57000; 57001-57100; 57101-57200; 57201-57300; 57301-57400; 57401-57500; 57501-57600; 57601-57700; 57701-57800; 57801-57900; 57901-58000; 58001-58100; 58101-58200; 58201-58300; 58301-58400; 58401-58500; 58501-58600; 58601-58700; 58701-58800; 58801-58900; 58901-59000; 59001-59100; 59101-59200; 59201-59300; 59301-59400; 59401-59500; 59501-59600; 59601-59700; 59701-59800; 59801-59900; 59901-60000; 60001-60100; 60101-60200; 60201-60300; 60301-60400; 60401-60500; 60501-60600; 60601-60700; 60701-60800; 60801-60900; 60901-61000; 61001-61100; 61101-61200; 61201-61300; 61301-61400; 61401-61500; 61501-61600; 61601-61700; 61701-61800; 61801-61900; 61901-62000; 62001-62100; 62101-62200; 62201-62300; 62301-62400; 62401-62500; 62501-62600; 62601-62700; 62701-62800; 62801-62900; 62901-63000; 63001-63100; 63101-63200; 63201-63300; 63301-63400; 63401-63500; 63501-63600; 63601-63700; 63701-63800; 63801-63900; 63901-64000; 64001-64100; 64101-64200; 64201-64300; 64301-64400; 64401-64500; 64501-64600; 64601-64700; 64701-64800; 64801-64900; 64901-65000; 65001-65100; 65101-65200; 65201-65300; 65301-65400; 65401-65500; 65501-65600; 65601-65700; 65701-65800; 65801-65900; 65901-66000; 66001-66100; 66101-66200; 66201-66300; 66301-66400; 66401-66500; 66501-66600; 66601-66700; 66701-66800; 66801-66900; 66901-67000; 67001-67100; 67101-67200; 67201-67300; 67301-67400; 67401-67500; 67501-67600; 67601-67700; 67701-67800; 67801-67900; 67901-68000; 68001-68100; 68101-68200; 68201-68300; 68301-68400; 68401-68500; 68501-68600; 68601-68700; 68701-68800; 68801-68900; 68901-69000; 69001-69100; 69101-69200; 69201-69300; 69301-69400; 69401-69500; 69501-69600; 69601-69700; 69701-69800; 69801-69900; 69901-70000; 70001-70100; 70101-70200; 70201-70300; 70301-70400; 70401-70500; 70501-70600; 70601-70700; 70701-70800; 70801-70900; 70901-71000; 71001-71100; 71101-71200; 71201-71300; 71301-71400; 71401-71500; 71501-71600; 71601-71700; 71701-71800; 71801-71900; 71901-72000; 72001-72100; 72101-72200; 72201-72300; 72301-72400; 72401-72500; 72501-72600; 72601-72700; 72701-72800; 72801-72900; 72901-73000; 73001-73100; 73101-73200; 73201-73300; 73301-73400; 73401-73500; 73501-73600; 73601-73700; 73701-73800; 73801-73900; 73901-74000; 74001-74100; 74101-74200; 74201-74300; 74301-74400; 74401-74500; 74501-74600; 74601-74700; 74701-74800; 74801-74900; 74901-75000; 75001-75100; 75101-75200; 75201-75300; 75301-75400; 75401-75500; 75501-75600; 75601-75700; 75701-75800; 75801-75900; 75901-76000; 76001-76100; 76101-76200; 76201-76300; 76301-76400; 76401-76500; 76501-76600; 76601-76700; 76701-76800; 76801-76900; 76901-77000; 77001-77100; 77101-77200; 77201-77300; 77301-77400; 77401-77500; 77501-77600; 77601-77700; 77701-77800; 77801-77900; 77901-78000; 78001-78100; 78101-78200; 78201-78300; 78301-78400; 78401-78500; 78501-78600; 78601-78700; 78701-78800; 78801-78900; 78901-79000; 79001-79100; 79101-79200; 79201-79300; 79301-79400; 79401-79500; 79501-79600; 79601-79700; 79701-79800; 79801-79900; 79901-80000; 80001-80100; 80101-80200; 80201-80300; 80301-80400; 80401-80500; 80501-80600; 80601-80700; 80701-80800; 80801-80900; 80901-81000; 81001-81100; 81101-81200; 81201-81300; 81301-81400; 81401-81500; 81501-81600; 81601-81700; 81701-81800; 81801-81900; 81901-82000; 82001-82100; 82101-82200; 82201-82300; 82301-82400; 82401-82500; 82501-82600; 82601-82700; 82701-82800; 82801-82900; 82901-83000; 83001-83100; 83101-83200; 83201-83300; 83301-83400; 83401-83500; 83501-83600; 83601-83700; 83701-83800; 83801-83900; 83901-84000; 84001-84100; 84101-84200; 84201-84300; 84301-84400; 84401-84500; 84501-84600; 84601-84700; 84701-84800; 84801-84900; 84901-85000; 85001-85100; 85101-85200; 85201-85300; 853

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Elisabete SantosLeito: 401-2Data: 24/11/18

Localização		Região: <u>ME D</u>		Região:	
Etiologia	☒ LPP I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grav: <u>I () II ()</u>	☐ LPP I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grav: <u>I () II ()</u>	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		
Pele Perifereira	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Marcelina Miquelina</u> <u>COBEN-RR-258.153-7</u>		<u>Marcelina Miquelina</u> <u>COBEN-RR-258.153-7</u>		
Observações:					



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN	
PACIENTE	ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	401-2	DATA	25/11/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5h2
2	AVP			manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H			12h 18h 24h 06h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12h 18h 24h 06h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			12h 18h 24h 06h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II			SAV
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOIAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			SAV
12	SSV + CEGG 6/6H			SAV
13	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			SAV
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			SAV
15	FOLHAS RUC. CLAR.			
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA ESQUERDA.

#PRE

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 300

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	Tax	
12 H	120/69	109	18	36,4	
18 H	126/34	108	19	35,3	
24 H	108/62	100	19	37,8	

6.00 100x68 103 19 35,9°C



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

PEDIDO DE EXAME

UNIDADE: Elilde / 11-01 Santos
NOME: ELILIA ALVES DA SILVA
IDADE: 46 REGISTRO: _____
LOCAL: D ENFERMARIA: 401 LEITO: 02
TIPO: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: ORTOM

PARA: CARDIOLOGIA

Indicação Clínica:

Pacienta com história de fêmur fr.
Sobrecarga físico crônico

25/11/11
Data

[Assinatura]
Assinatura

Risco Cardiovascular
Causas: história de fratura de fêmur
HPI: hipertensão (omeprazol), nega HAS, nega DM, DGL?, nega QAC,
nega cefaleia, nega dor, nega náusea, nega vômito, nega diarréia e
constipação.
Ao exame - hipertensão: sem febre
CV: RCR, 2º, BVP e sopros FC 120 x 80 mmHg PA 100/60
AR: R. V. L., sem r. s.
ABDO: globoso, timpânico - 4 dias sem evacuar
MM: sem edemas
Ed: 1º Dente lavado - duplo 2º Dente infectado apesar de afilado
ECG (23/11) = Taquicardia sinusal, FC 140 bpm
BAC (23/11) = 500 mg/dl
Lab (23/11) = Hb 12,8 / Ht 37,5 / Pl 470 / Cr 1,59 / Gl 168 / Ur 29 / Lp 277



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

Data: ____/____/20____ Enfermeiro: _____ Leito: _____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Histórico Clínico: _____

Preocupação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Paciente ☐ Contato ☐ Gordente - acesso ☐ Gordente - parâmetros

Alergia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Coração ☐ Sexo: ☐ M ☐ F

Paciente Indigente: ☐ Não ☐ Sim ☐ Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☐ Não ☐ Qual idioma: _____

Exatidão dos dados: ☐ Sim ☐ Não ☐ Obs: _____

Comunicação: ☐ Verbal ☐ Não Verbal ☐ Cadeira de rodas ☐ Sem mobilidade

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Desconsciente ☐ Desorientado ☐ Amnésico ☐ Não responde ☐ Ataxia

PRIVILAS

☐ Patológico ☐ Músculos ☐ Músculos ☐ Atrofia ☐ Febre ☐ Hipertensão

☐ Sarcóides ☐ Anisocóricas ☐ Não regentes ☐ Alterações

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Espirítico ☐ Particular ☐ Tequilado ☐ Dispneia ☐ Ambiente ☐ Inalção

Exatidão: ☐ Sim ☐ Não ☐ Obs: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Bradicárdica ☐ Taquicárdica ☐ Normotensão ☐ Distúrbio ☐ Globoso

☐ Pulso ☐ Fibrilante ☐ Arritmico ☐ Tachicardia ☐ Presente ☐ Ausente

Exame Físico: ☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Alterações

SISTEMA GASTROINTESTINAL

☐ Dispepsia ☐ Sim ☐ Não ☐ Urso ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG ☐ SNG

☐ Vômito ☐ Digestão ☐ Clonismo ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG

☐ Integridade ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG

Características da POB

☐ Hiperatado ☐ Desidratado ☐ Ressecado ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG

☐ Normotensão ☐ Anisocóricas ☐ Anisocóricas ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG ☐ SNG/SGG

Exatidão: ☐ Sim ☐ Não ☐ Obs: _____

Quantidade de cateter/sonda/óxigeno

Cateter Oxigênio: ☐ Sim ☐ Não ☐ Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não ☐ Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____

Sigla de infecção no sistema: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

Quantidade: _____

$24:00h \rightarrow \text{Time here} = 1100 \text{ min}$
 $06:00h \rightarrow \text{Time here} = 800 \text{ min}$

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

Data: ____/____/20 ____ Enfermaria: ____ Leito: ____

Nome Completo: ____ DN: ____/____/____

Resumo da Anamnese:

Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Ginecista - zoonose ☐ Ginecista - percutânea

Alérgico: ☐ Sim ☐ Não Qual(is): ____ Sexo: ☐ F ☐ M

Paciente Independente: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de Interpretar: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: ____

Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Classe: ____

Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida:

SISTEMA NEUROLÓGICO
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações: ____

PULSAIS
☐ Normotensão ☐ Mióticas ☐ Múscula ☐ Afébril ☐ Fébril ☐ Hipotérmico
☐ Isotérmico ☐ Anisocórico ☐ Não reagentes ☐ Alterações: ____

SISTEMA RESPIRATÓRIO
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração
 Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual: ____

SISTEMA CARDIOVASCULAR
☐ Normocárdica ☐ Bradicárdica ☐ Taquicárdica ☐ Normotensão ☐ Distendida ☐ Globosa
☐ Pulso Glaxo ☐ Rítmica ☐ Arritmica Ruidos Hidráulicos: ☐ Presente ☐ Ausente
 Exame Físico: Bulhas Cardíacas: ____ Ruído: ____ Alterações: ____

SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO
☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Grafe ☐ Úropo ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNC/SOL ☐ G
☐ Anóxia ☐ Oligúria ☐ Cistostomia Acaloria da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial
☐ Irradiação cefálica ☐ Outros: ____ Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Cistostomia
 Alterações: ____

CARACTERÍSTICAS DA PIEL
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Permeável ☐ Normotensão ☐ Local ☐ Anestésico
☐ Normotensão ☐ Local ☐ Anestésico ☐ Local ☐ Ausente
 Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Registo: ____ Risco de Lesão por Pressão: ____

CONTROLE DE CATETÉRES/SONDAS/DRENOS
 Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: ____ Data: ____ Troca em: ____
 Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: ____ Curativo realizado em: ____ Troca em: ____
 Sinais de Infecção no sítio de punção: ☐ Sim ☐ Não
 Queda de: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____
 Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Oligúria/Anúria/Injúria	☐ Padrão respiratório inadequado	☐ Risco de Lesão por Pressão
☐ Risco de Infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☐ Risco de Queda
☐ Risco de alteração do equilíbrio ácido	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de constipação	☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	☐ Comunicação deficiente
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	
☐ Volume de líquidos deficiente	☐ Dificuldade autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	4. Estado Mental	Prescrição de Evidência Prev Delenda
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	☐ Manter grades laterais elevadas
Sim 25	Superfície adequada/sem restrição 15	☐ Identificar o risco de queda no plano de identificação
	TOTAL:	☐ Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	Baixo Risco: 0 - 24	☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não 0	Risco Médio: 25 - 44	☐ Manter o paciente em todas as posições
Sim 15	Risco Alto: Maior que 45	☐ Necessidade de monitorizar a lesão
	Qualificação do Risco:	☐ Manter vigilância de ____ horas
3. Terapia Endovenosa/Deposição subcutânea	☐ Risco elevado no quadro do posto/enfermagem	☐ Cuidado especial com a pele
Não 0	☐ Risco registrado na placa de identificação	☐ Material de uso pessoal ao alcance do leito
Sim 20		
4. Auxílio na Desambulação		
Não/sem auxílio/ausência 0		
Queda/sem auxílio/ausência 15		
Mobilidade Parcial 30		
5. Marcha/Desambulação		
Normal/sem auxílio/ausência 0		
Parcial 10		
Comprometida/Comprometida 20		

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:



Tratamento de Feridas

HGR

Paciente: Glida blues hantay

Leito: 401-2

Date: 26/11/2019

Localização	Região: <u>ME</u>	Região: <u>Sul do D</u>
Etiologia	Grau: I () II () ☐ LPP I LIII IV ☒ Quimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: ☒ Tração ☐ Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II () ☐ LPP I LIII IV ☒ Quimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perifereira	☒ Normal () Macerada () Seca () Eritema / Rubor ☐ Outro:	☒ Normal () Macerada () Seca () Eritema / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso ☐ Outro:	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seroso ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h
Profissionais que realizou procedimento:	Adonilda <u>Arango</u> Técnica em <u>Enfermagem</u> COREN-PA 507.745/TE	Adonilda <u>Arango</u> Técnica em <u>Enfermagem</u> COREN-PA 507.745/TE
Observações:		



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Bloco D 201-6
Reamada

Eu Elilde Alves dos Santos _____ CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária, estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendi, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 26 de Novembro de 2019

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

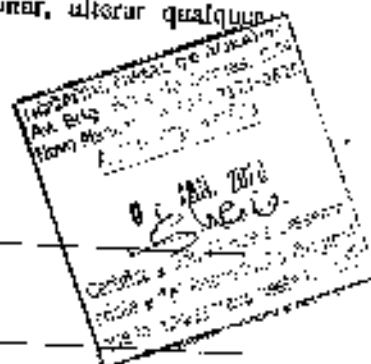
Boa Vista, _____ de _____ de 20____ Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM: _____



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE (CNPJ)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - SEXO

7 - IDADE

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO (Cidade e Estado)

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - CID (Código Internacional de Doenças)

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

12 - HISTÓRICO CLÍNICO E EXAMES COMPLEMENTARES

Acidente de Trânsito Rô /
Sem causa de deformação
Fome (E)

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CRUZOIA

14 - PRINCIPAIS SINTOMAS DE DOENÇA (RELAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES)

15 - CID PRINCIPAL

16 - CID SECUNDÁRIO

17 - CID TERCIÁRIO ASSOCIADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

19 - CLÍNICA

20 - SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO

21 - CONSULTA

22 - EXAME COMPLEMENTAR

23 - PROCEDIMENTO ESPECIAL

24 - OUTROS

25 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE (CNPJ)

26 - DATA DA SOLICITAÇÃO - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE (CNPJ)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

27 - TIPO DE ACIDENTE

28 - TIPO DE ACIDENTE

29 - TIPO DE ACIDENTE

30 - TIPO DE ACIDENTE

31 - TIPO DE ACIDENTE

32 - TIPO DE ACIDENTE

33 - TIPO DE ACIDENTE

34 - TIPO DE ACIDENTE

35 - TIPO DE ACIDENTE

36 - TIPO DE ACIDENTE

37 - TIPO DE ACIDENTE

38 - TIPO DE ACIDENTE

39 - TIPO DE ACIDENTE

40 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO RESPONSÁVEL

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - TIPO DE DOCUMENTO

44 - TIPO DE DOCUMENTO (CNPJ) DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

45 - TIPO DE DOCUMENTO

46 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

011



BOLETIM OPERATÓRIO

Elvilde Alves

27.11.10

P.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

LOCAL DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OBSERVATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESIAS:

TÍTULOS:

FIM:

DILATAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Sob Anestesia Local e
Feita Tracto-ecguelite
na VAT

Carlos Estêvão da Rosa
Médico
CRM 407 488



GOVERNO DO ESTADO DE MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

46
NOME DO PACIENTE: Elilde Alves dos Santos API OU LEITO: 401-2 Nº DO PRONTUÁRIO: 28 111 119 DATA: 28 11 19

CIRURGIA: Trans-ureteral M.I.F. TIPO: 11:28 INÍCIO: 11:32 FIM: 11:32 TEMPO DE DURAÇÃO: TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA
CIRURGIÃO: Dr. Carlos Brásque ANESTESISTA: Manicelino
1º AUXILIAR: Manicelino RES. ANESTESIA: Manicelino
INSTRUMENTADOR: Manicelino

2º AUXILIAR: Manicelino CIRCULANTE: Manicelino

PO DE ANESTESIA: Local TEMPO DE DURAÇÃO: Manicelino

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
	PC'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PAINTEZ GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO Glicosado	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO STM AGULHA Nº	
	LOVAS PARA PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEIDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEI	
	SERINGA 03ML			CHRA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	<u>Manicelino</u>			OUTROS: <u>Manicelino</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA-VISTO DOS RESPONSÁVEIS DEBITAR NA C.C DO PACIENTE VALOR

INSTRUMENTADOR (A) Manicelino MATERIAL MEDICAMENTOS SUB-TOTAL 6

FUNCIONÁRIO/CAVALOS Manicelino TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA

CIRCULANTE DE SALA Manicelino SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/11/2019	DN	
PACIENTE		ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	401-2	DATA	27/11/2019
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	AXP	12:18:24:06			
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H	12:18:24:06			
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12:18:24:06			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12:18:24:06			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	12:18:24:06			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12:18:24:06			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	21:30 18			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SV			
10	GABTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	m			
11	CURATIVO DIÁRIO	Rotina			
12	SSVV + CCGG 6/6H	08:00 30			
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	16			
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	12			
15	<i>Insulina 25mg VO 1x ao dia</i>				
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:

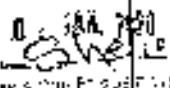
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO; EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA ESQUERDA.

PRE

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	100/40	80	16	35,8°
18 H	111/66	91	—	36,2°
24 H	110/70	90	—	36,0°

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOREDIA E
TRAUMATOLOGIA

EXAMINADO	DATA
23/11/2019	23/11/2019
ASSINADO	ASSINADO
	
Carimbo e Assinatura do Médico Responsável	

07 e 13 h: feito toque para espere, realizado toque de dengue por com queixas algicas medido epm. aferido SSVU

06h2 pa: 110x70mm Hg PC: 92 T: 37°C D 700ml

21:30h paciente queixando-se de muita dor.

23h dia pr sendo 700ml de diurese.

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

Data: 27/01/2019 Enfermaria: 401 Leito: 2

Nome Completo: Eliete Alves dos Santos DN: 1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - aerossol

Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual(is): Sexo: ☐ F ☒ M

Paciente Indígena: ☐ Não ☒ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:

Possui acompanhamento: ☐ Sim ☒ Não Obs:

Alimentação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

☐ Febril ☐ Afebril ☐ Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Dispneia ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não Qual:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Normotensão ☐ Distensão ☐ Globoso

☐ Pulso cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Ruídos cardíacos ☐ Presente ☐ Ausente

Exatidão: ☐ Sim ☒ Não Qual:

SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO

☐ Espontânea ☐ SVP ☐ Fralda ☐ Urina ☐ Urina ☐ Urina

☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Glicúria ☐ Incontinência ☐ Incontinência

CARACTERÍSTICAS DA PELE

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normotérmica ☐ Hipotérmica ☐ Anestésica

Lesão por pressão: ☐ Sim ☒ Não Registo:

CONTROLE DE CATHETERS/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☒ Não Local: Data: Trocar em: 1/1

Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: 1/1

Sinais de infecção no sítio de punção: ☐ Sim ☒ Não

Ureteral: ☐ Sim ☒ Não Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativos: ☐ Sim ☒ Não Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Imobilização Prejudicada ☐ Padrão respiratório insuficiente ☐ Risco de Lesão por Pressão

☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas

☐ Risco de alteração da circulação ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração

☐ Risco de constipação ☐ Risco de fragilidade na pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada

☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Comunicação deficiente

☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado

☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Defeito em autocuidado para higiene

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda ☐ Manter grades laterais elevadas

Não ☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação

Sim ☐ Auxiliar o paciente na higiene

2. Diagnóstico Secundário ☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

Não ☐ Manter cama com rodas travadas

Sim ☐ Necessidade de contenção suíte

3. Terapia Farmacológica / Não Prescrita / Não Prescrita

Não ☐ Manter vigilância de ☐ Inicial

Sim ☐ Colocar o paciente no piso

4. Avaliação de Desempenho ☐ Colocar de um passadinho da cama

Nenhuma / Acamado / Acamado

Muito / Muito / Muito

Mobilidade Parada

5. Murcha / Desmurcha

Normal / Sem alteração / Acamado

Fraca

Comprometida / Comprometida

Enfermeiro Assinatura e Carimbo:

Obs: Fato de risco sobre segurança do paciente (queda, higiene, etc.) 27/01/2019 RAS

401-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		23/11/2019		DN
PACIENTE		ELILDE ALVES DOS SANTOS				
DIAGNOSTICO		FRATURA DE FEMUR DIAFISARIO E				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		401-2		DATA 28/11/2019
ITEM						HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	AVP					manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H					12:00 24/06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					18:00 24/06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H					12:00 24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					08:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + S/O 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					m
12	SSVV + CCGG 6/6H					Rotina
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					08:00
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					16:00
15	AO HC					
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, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

ESQUERDA

PBE

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temp	
6 H					DR AUGUSTO CAVALCANTE
12 H	133/66	92	18	36,4	CRM-RR 1964
18 H					RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
24 H	134/83	104		37,3	TRAUMATOLOGIA

19:00h - Paciente no Centro Cirúrgico. Não obter
medicação do borsão de 19:00h - Teq Exp
D87 M83
OBA PA 124/74 P 91 T 36°



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

Data: ____/____/20__ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese diagnóstica: _____

Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - arrossal ☐ Gotícula - perfurantes

Alergia: ☐ Sim ☐ Não Quant(ia): _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Paciente indolente: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete: ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: _____

Posição acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Data: _____

Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado: ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida:

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Agitado ☐ Alternância:

SISTEMA NEUROLÓGICO

PUPILAS ☐ Isotérmicas ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☐ Anetral ☐ Febril ☐ Hipertermico

☐ Isotérmicas ☐ Anetral ☐ Não reagentes ☐ Alterações:

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Oxiqüestomia ☐ Aspiração

Coagulação: ☐ Sim ☐ Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normotensão ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotensão ☐ Sistêmico ☐ Glóbulo

☐ Pulso cheio ☐ Normotensão ☐ Arritmico ☐ Ruídos cardíacos: ☐ Presente ☐ Ausente

Exame físico: ☐ Bulhas cardíacas: ☐ Pulsos: ☐ Alterações:

SISTEMA URINÁRIO/DIURESE

☐ Espumosas ☐ SVD: ☐ Fria ☐ Ureter ☐ SNE/SUC ☐ GRT

☐ Anúria ☐ Hiperúria ☐ Alterações da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial

☐ Integridade contínua ☐ Outros: ☐ Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Calorimetria

CARACTERÍSTICAS DA PELA

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Edema: ☐ Local ☐ Ausente

☐ Normocrada ☐ Ictérico ☐ Anictério ☐ Edema: ☐ Local ☐ Ausente

Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Risco de Lesão: _____

CONTROLE DE CATETES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinal de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição prejudicada ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de infecção ☐ Risco de quedas ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de constipação ☐ Risco de desenvolvimento do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente

☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de quedas ☐ Risco de broncoaspiração ☐ Comunicação deficiente

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

☐ Manter grades laterais elevadas ☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação ☐ Auxiliar o paciente na higiene ☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama ☐ Manter cama com rodas travadas ☐ Necessidade de contenção no leito ☐ Manter vigilância de _____ horas ☐ Colocar seguro nos pés ☐ Material de uso pessoal do paciente de mão ☐

Registro Geral

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MEDICA		

DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN
------------------	-----	------------	----

PACIENTE	ELI DE ALVES DOS SANTOS
----------	-------------------------

DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E
-------------	-------------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	LEITO	401-2	DATA	29/11/2019
-------	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

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

2	AVP	manhã
---	-----	-------

3	CINIDAZOLINA 600MG EV OU VO D 6/6H	16 - 20 - 02 - 08
---	------------------------------------	-------------------

4		
---	--	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO D 6/6H SN	12 - 18 - 04 - 06
---	--------------------------------------	-------------------

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	06
---	------------------------------	----

7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
---	-------------------------	----

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
---	---	----

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
---	---	----

10	CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
----	---	----

11	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

12	SSV I CCGG 6/6H	
----	-----------------	--

13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	08 - 20
----	---	---------

14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
----	---------------------------	----

15	AG NG	
----	-------	--

16	Foram desmumados os SVD	desmumados os SVD
----	-------------------------	-------------------

	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	
--	-----------------------------------	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA

ESQUERDA: *axial será transferido ao Hospital Unibol*

PRE: *ao cuidado do Dr Carlos Henrique*

Transferido será realizado com o ambulatório Unibol

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FG	FR
-----	----	----	----

12 H			
------	--	--	--

18 H			
------	--	--	--

24 H			
------	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

04 às 13 h: pae no duto. admissão 13h. Tio Roraima

REPÚBLICA DE BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ELILDE ALVES DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF
2613183 SSP PA

CPF
449.519.732-00

DATA NASCIMENTO
05/09/1973

FILIAÇÃO

INOCENCIO FREITA DOS
SANTOS
ANAIDES ALVES DE SOUSA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO

04047472880

VALIDADE

28/09/2021

1ª HABILITAÇÃO

02/03/2007

OBSERVAÇÕES

Exerce ativ remunerada

Elilde Alves dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

14/12/2016

FRANCISCO ASSIS DA SILVEIRA
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
RR/PA

56411700879
RR208985255

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1356332598

01010 PLASTIFICAR
56332598

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080563 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

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: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

Identidade: 2613183 SSP/RR CPF: 449.519.732-00

Endereço: Rua: S-33 nº: 1474 Bairro: SENADOR H CAMPOS

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.316-606

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00 Data do sinistro: 23/11/2019

Natureza: (X) DAMS () INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista-RR 10-01-20

Local e data



Elilde Alves dos Santos

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

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: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA