

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:
2964388220210129115356

Processo 0832304-75.2020.8.23.0010 ☆ - (41 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

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

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
9	29/01/2021 11:53:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777340CONTESTACAO01.pdf Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2777340CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
8	04/01/2021 16:25:46	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
7	29/12/2020 08:05:10	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário
6	28/12/2020 09:47:25	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	18/12/2020 14:24:58	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	18/12/2020 14:24:57	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	18/12/2020 14:24:57	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/12/2020 14:24:57	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	18/12/2020 14:24:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Processo: 08323047520208230010

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 **RAIMUNDO SOUSA**, 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 **08/03/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/03/2020**.

Verifica-se que o suposto acidente noticiado na exordial **não** tem cobertura do Seguro Obrigatório DPVAT, assim, o pleito da parte autora não encontra-se consubstanciado na Lei nº. 6.194/74, pois para que haja cobertura da indenização do Seguro Obrigatório DPVAT que não haja ato ilícito, sendo verificado no caso em tela que a vítima não possuía carteira de motorista e encontrava-se embriagada.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

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

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

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

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.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA – ATO ILÍCITO

No presente caso, a parte autora requer o seguro DPVAT em razão de acidente de trânsito ocorrido em 08/03/2020, onde alega ter ficado debilitada permanentemente em decorrência do acidente.

Ocorre que o acidente aconteceu durante uma prática de ato ilícito onde o condutor encontrava-se embriagado e, desta forma, conforme entendimento do STJ, não há que se falar em direito à indenização à vítima causadora da ação uma vez que a prática do ilícito pelo próprio segurado torna nulo o contrato de seguro e, por essa razão, não haverá pagamento de indenização.

A prática de ato que apresenta atitude contrária ao dever legal de conduta, exonera ao titular do direito violado o dever de indenizar, pois não se mostra razoável que a prática delituosa seja geradora do pagamento da indenização. Como disposto no art. 762 do Código Civil:

Art. 762 “Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do segurado, do beneficiário, ou de representante de um ou de outro”.

A resolução nº 332/2015 do Conselho Nacional de Seguros Privados, aborda esta exclusão ao trazer a regra em seu art.2 §3ª:

Art. 2º “Os danos pessoais cobertos compreendem as indenizações por morte e por invalidez permanente e o reembolso de Despesas de Assistência Médica e Suplementares – DAMS, observados os valores máximos das Importâncias Seguradas (IS) estabelecidas em Lei.

(...)

“§ 3º As coberturas a que se refere o caput não incluem danos pessoais causados ao motorista do veículo quando constatada a existência de dolo”. (CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS, Resolução SUSEP nº332/2015)

Como qualquer seguro, o DPVAT só ampara riscos **lícitos** e não decorrentes de atos dolosos, pois o causador do dano não poderá se beneficiar da própria torpeza.

O art. 306 do Código de Trânsito Brasileiro contempla o crime denominado “embriaguez ao volante”. A tipificação passou por diversas alterações em detrimento da não aceitação da combinação direção x ingestão de bebida alcoólica.

A norma legal tem amparo no rol do Capítulo XIX- Dos Crimes de Trânsito: Art. 306. “Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência:

Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor”. (BRASIL. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002.)

A tipificação do crime passou a ocorrer pela condução de veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa, pouco importando a quantidade no organismo. A tolerância passou a ser zero para este tipo de conduta.

Neste contexto, não há como dissociar a embriaguez ao volante da função social do Seguro DPVAT, que visa minimizar os danos experimentados por vítimas de acidentes. A sociedade não poderá ser lesada diante dos reflexos da prática de um crime

A legislação e jurisprudência entendem que o agente do ilícito não pode se beneficiar da própria torpeza e que não são gerados direitos lícitos com fundamento em atos ilícitos.

Assim, no presente caso, não há cobertura do seguro DPVAT.

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. SEGURO DE AUTOMÓVEL. EMBRIAGUEZ AO VOLANTE. TERCEIRO CONDUTOR (PREPOSTO). **AGRAVAMENTO DO RISCO. EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO HUMANO. CAUSA DIRETA OU INDIRETA DO SINISTRO. PERDA DA GARANTIA SECURITÁRIA.** CULPA GRAVE DA EMPRESA SEGURADA. CULPA IN ELIGENDO E CULPA IN VIGILANDO. PRINCÍPIO DO ABSENTEÍSMO. BOA-FÉ OBJETIVA E FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO DE SEGURO.

1. Cinge-se a controvérsia a definir se é devida indenização securitária decorrente de contrato de seguro de automóvel quando o causador do sinistro foi terceiro condutor (preposto da empresa segurada) que estava em estado de embriaguez.

2. Consoante o art. 768 do Código Civil, "o segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato". Logo, somente uma conduta imputada ao segurado, que, por dolo ou culpa grave, incrementa o risco contratado, dá azo à perda da indenização securitária.

3. A configuração do risco agravado não se dá somente quando o próprio segurado se encontra alcoolizado na direção do veículo, mas abrange também os condutores principais (familiares, empregados e prepostos). O agravamento intencional de que trata o art. 768 do CC envolve tanto o dolo quanto a culpa grave do segurado, que tem o dever de vigilância (culpa in vigilando) e o dever de escolha adequada daquele a quem confia a prática do ato (*culpa in eligendo*).

4. A direção do veículo por um condutor alcoolizado já representa agravamento essencial do risco avençado, sendo lícita a cláusula do contrato de seguro de automóvel que preveja, nessa situação, a exclusão da cobertura securitária. A bebida alcoólica é capaz de alterar as condições físicas e psíquicas do motorista, que, combatido por sua influência, acaba por aumentar a probabilidade de produção de acidentes e danos no trânsito. Comprovação científica e estatística.

5. O seguro de automóvel não pode servir de estímulo para a assunção de riscos imoderados que, muitas vezes, beiram o abuso de direito, a exemplo da embriaguez ao volante. A função social desse tipo contratual torna-o instrumento de valorização da segurança viária, colocando-o em posição de harmonia com as leis penais e administrativas que criaram ilícitos justamente para proteger a incolumidade pública no trânsito.

6. O segurado deve se portar como se não houvesse seguro em relação ao interesse segurado (princípio do absenteísmo), isto é, deve abster-se de tudo que possa incrementar, de forma desarrazoada, o risco contratual, sobretudo se confiar o automóvel a outrem, sob pena de haver, no Direito Securitário, salvo-conduto para terceiros que queiram dirigir embriagados, o que feriria a função social do contrato de seguro, por estimular comportamentos danosos à sociedade.

7. Sob o prisma da boa-fé, é possível concluir que o segurado, quando ingere bebida alcoólica e assume a direção do veículo ou empresta-o a alguém desidioso, que irá, por exemplo, embriagar-se (*culpa in eligendo* ou *in vigilando*), frustra a justa expectativa das partes contratantes na execução do seguro, pois rompe-se com os deveres anexos do contrato, como os de fidelidade e de cooperação.

8. Constatado que o condutor do veículo estava sob influência do álcool (causa direta ou indireta) quando se envolveu em acidente de trânsito - fato esse que compete à seguradora comprovar -, há presunção relativa de que o risco da sinistralidade foi agravado, a ensejar a aplicação da pena do art. 768 do CC. Por outro lado, a indenização securitária deverá ser paga se o segurado demonstrar que o infortúnio ocorreria independentemente do estado de embriaguez (como culpa do outro motorista, falha do próprio automóvel, imperfeições na pista, animal na estrada, entre outros).

9. Recurso especial não provido

REsp 1485717/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/11/2016, DJe 14/12/2016

Na mesma linha de raciocínio, a Ministra Nancy Andrighi se posicionou da seguinte maneira:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. **EMBRIAGUEZ AO VOLANTE. DENUNCIAÇÃO DA LIDE À SEGURADORA. LITISCONSÓRCIO PASSIVO. AUSÊNCIA. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.** AUSÊNCIA. MAJORAÇÃO DO QUANTUM INDENIZATÓRIO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. JUROS DE MORA. MARCO INICIAL. SÚMULA 54/STJ. SEGURADORA. RESPONSABILIDADE. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO. O propósito recursal é julgar acerca da eficácia da cláusula de exclusão da cobertura securitária na hipótese de o acidente de trânsito ser causado pelo segurado em estado de embriaguez e, ainda, da possibilidade de condenar a seguradora direta e solidariamente ao pagamento da indenização. Tem-se nesse julgamento duas lides distintas: a principal, onde se deve decidir acerca da responsabilidade do autor em reparar a vítima pelo dano causado e a lide secundária, decorrente da denúncia do réu, para decidir sobre a existência de direito de regresso do segurado em face da seguradora. Diante da denúncia da lide à seguradora por parte do segurado, pode a denunciada: (i) aceitar a denúncia e contestar o pedido autoral ou (2) se contrapor à própria existência de direito de regresso do segurado. A aceitação da denúncia da lide e a contestação dos pedidos autorais por parte da seguradora fazem com que esta assumam posição de litisconsorte passivo na demanda principal, podendo ser condenada direta e solidariamente a pagar os prejuízos, nos limites contratados na apólice para a cobertura de danos causados a terceiros. O mesmo raciocínio não se aplica, entretanto, quando a seguradora contesta a existência de direito de regresso do segurado. Nesse contexto, deve o Tribunal julgar a questão em lide secundária. Na espécie se conclui por não ser possível a cobrança direta e solidária da seguradora. É legítima a cláusula que exclui cobertura securitária na hipótese de dano causado por segurado dirigir em estado de embriaguez. A ingestão de álcool conjugada à direção viola a moralidade do contrato de seguro, por ser manifesta ofensa à boa-fé contratual, necessária para devida administração do mutualismo, manutenção do equilíbrio econômico do contrato e, ainda, para que o seguro atinja sua finalidade precípua de minimizar os riscos aos quais estão sujeitos todos os segurados do fundo mutual. A nocividade da conduta do segurado se intensifica quando há também violação da própria literalidade do contrato, em manifesto descumprimento à pacta sunt servanda, imprescindível para a sustentabilidade do sistema securitário. Contratos de seguro tem impactos amplos em face da sociedade e acabam influenciando o comportamento humano. Por isso mesmo, o objeto de um seguro não pode ser incompatível com a lei.

Não é possível que um seguro proteja uma prática socialmente nociva, porque esse fato pode servir de estímulo para a assunção de riscos imoderados, o que contraria o princípio do absentismo, também basilar ao direito securitário. A revisão da compensação por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado for exorbitante ou ínfimo. Há incidência da Súmula 7/STJ, impedindo o acolhimento do pedido. Parcial provimento.

REsp 1441620/ES, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Rel. p/ Acórdão Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/06/2017, DJe 23/10/2017

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória

Desta forma, requer a total improcedência do feito pela ausência de cobertura

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

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

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

⁷ art.

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 27 de janeiro de 2021.

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-pentoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO SOUSA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08323047520208230010.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2021.



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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324494

Vítima: RAIMUNDO SOUSA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA

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, contados 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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200324494

Vítima: RAIMUNDO SOUSA

Data do Acidente: 08/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Com base no boletim de ocorrência que possui fé pública e presunção de veracidade, verificou-se que o acidente ocorreu durante a prática de ato ilícito pela vítima. Desta forma, o acidente não está coberto pelo Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO SOUSA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70

7 - Profissão: PUDELOMO 8 - Endereço: RUA WALDEMAR GOMES 9 - Número: 847 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.344-560

15 - E-mail: SANTANAQUIMADACI@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951 9169-3685

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 30203 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital de 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, 04-SETEMBRO, 2020

Raimundo Sousa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2020 06:06:19 Data/Hora Fim: 08/03/2020 06:06:19
 Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 5056 J Data: 08/03/2020
 Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 02:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
 Bairro: Senador Hélio Campos
 Logradouro: AV. FELINTO BARBOSA ESQUINA COM RUA N 11
 Ponto de Referência: IGREJA ASSEMBLEIA
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 25/10/1982 Idade: 37

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Sousa

Nome do Pai: Antonio Pedro de Sousa

Documento(s)

RG: 26949392003-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA VEREADOR WALDEMAR GOMES

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 487

Nome Civil: ROBERT DONNER DA SILVA BRITO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/09/1984 Idade: 35

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: DALVA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai: AZUILO CORREA DE BRITO

Documento(s)

RG: 126265

CPF: 845.828.472-34

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO

Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 2054



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop Pm Nº5056 J

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO(a),

Às 02h15minutos, de 08 de março de 2020, fomos acionados para deslocarmos até a rua Felinto Barbosa da Silva, Esquina com a Rua N11, para averiguar um acidente de trânsito, chegando no local, encontramos o Senhor RAIMUNDO DE SOUZA, sentado ao chão com aparentemente fratura e lesões nos membros inferiores, afirmou que dirigia a motocicleta HONDA CG 150 VERMELHA DE PLACA NAQ3653, na Rua N11 e sem perceber avançou a Avenida Felinto Barbosa, e que não viu a placa de sinalização de PARE, nem o veículo SIENA ESSENCE DE COR CINZA E DE PLACA NBA2769, que vinha sendo conduzido por ROBERT DONNER DA SILVA na preferencial, que por não ver o carro adentrou com a motocicleta na avenida Felinto Barbosa vindo a colidir sua motocicleta nesse veículo.

Perguntado ao Senhor RAIMUNDO SOUZA se possui CNH, respondeu que não. Perguntado se consumiu bebida alcoólica, respondeu que bebeu bastante cerveja. Perguntado a ele se poderia fazer o teste do alcoolemia, respondeu que não, que por isso, então foi realizado o Termo de constatação de sinais de alteração de capacidade psicomotora, pois o senhor Raimundo apresentava sinais de estar sob influência de bebida alcoólica, conforme os sinais descritos no referido Termo nº 150 nº 000893 anexo, considerando que o mesmo foi removido pelo SAMU ao Hospital Geral por ter fraturado o membro inferior direito, este não pode ser apresentado nessa Delegacia. Bem como também, acrescento que o referido condutor da motocicleta não possui Carteira Nacional de habilitação e que a Perícia Técnica esteve no local e realizou seu trabalho. Já o senhor ROBERTO DONIZETE DA SILVA portava sua CNH e não apresentava nenhum sinal de alteração de capacidade psicomotora. Não houve acordo entre as partes. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN caranã. Pelo exposto, apresentamos o presente Relatório para as providências entendidas cabíveis.

ASSINATURAS

Betty Iara Gama Gonzalez

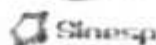
Agente de Polícia

Matrícula 42000564

Responsável pelo Atendimento

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

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Matr. 04200564



Impresso por: Jefferson Inácio Araújo
Data de Impressão: 15/07/2020 10:50

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO SOUSA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA WALDEMAR GOMES 9 - Número: 877 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.34-560
15 - E-mail: SANTANAGUIMACASRR@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951.91169-3085

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:

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (a) (nascido)? ☐ 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, 04-SETEMBRO-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
Informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0056386-2

Nº de Nota Fiscal

4787737

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE for 138*
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	01/04/2020	185	169,70

HELEILTON DE SOUZA SIRINO
R. VER WALDEMAR GOMES 847 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-560 - BOA VISTA

CPF: 00066240808253

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	11398	Atual:	14/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	11213	Anterior:	11/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	14/04/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	13/03/2020	Número Medidor:	F2908367
Consumo medido:	185	Apresentação:	14/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	185			Modalidade:	M 1419845

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO: 185 A R\$ 0,764425 = 141,41



Para contato com
a Roraima Energia
informe este

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.887.022-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAH
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Instituída pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	COD	
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87
RORAIMA PEREIRA DE SOUZA		CPF: 80067608658249	
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ			
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA			

DATAS DA LEITURA			
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020
		Próxima leitura:	21/07/2020
		Dias de consumo:	30
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198
		Faturamento	Modalidade
		NORMAL	CONVENC
DADOS DA LEITURA (kWh)			
	ANT. TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	INJETADO F.PONDA
Leit. Atual	27842		
Leit. Anterior	27544		
Constante	1,000		
Resíduo			
Medido	298		
Faturado:	298		
DESCRIÇÃO DE USO			
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA	298 A R\$	29,82	29,82

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO
TARIFA SEM TRÊS DIAS: R\$ 298 - 0,01778	0 12 13 80 1239 194 206 280 323 298 208

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/BIBI/OTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAIMUNDO SOUSA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 055.907.813, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.907.813, 70, 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>RUA GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
					<u>95199169-3685</u>	

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020
Local e Data

x [Assinatura]
Assinatura do Declarante

10.102.5.252:8888/IS4/Is4//B0A54781-F1B8-439F-8C98-AEEB41975926.html

Ramundo
Souza

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8.3.20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta para F

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fratura exposta para F

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathas

1º AUXILIAR: Augusto

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1280

ANESTESICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: CRM-RR 1280

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Parte em DDH sob sedação
- 2) Preparo e Alinhamento
- 3) Colocação de corte externo
- 4) UMC de fixamento com 5x0,9/10L
- 5) Colocação de fixador externo
em placa E com redução de fratura
com auxílio de intensificador de
imagem
- 6) Sutura com Nylon
- 7) Ad RPA após curativo

Assinatura do Cirurgião
CR-RR 1280



EMERGÊNCIA

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Raimundo Sampaio, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:10

Nº

08 03 2020

A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

N 20

22

24

26

28

30

32

34

36

38

40

42

44

46

48

50

52

54

56

58

60

62

64

66

68

70

72

74

76

78

80

82

84

86

88

90

92

94

96

98

100

102

104

106

108

110

112

114

116

118

120

122

124

126

128

130

132

134

136

138

140

142

144

146

148

150

152

154

156

158

160

162

164

166

168

170

172

174

176

178

180

182

184

186

188

190

192

194

196

198

200

202

204

206

208

210

212

214

216

218

220

222

224

226

228

230

232

234

236

238

240

242

244

246

248

250

252

254

256

258

260

262

264

266

268

270

272

274

276

278

280

282

284

286

288

290

292

294

296

298

300

302

304

306

308

310

312

314

316

318

320

322

324

326

328

330

332

334

336

338

340

342

344

346

348

350

352

354

356

358

360

362

364

366

368

370

372

374

376

378

380

382

384

386

388

390

392

394

396

398

400

402

404

406

408

410

412

414

416

418

420

422

424

426

428

430

432

434

436

438

440

442

444

446

448

450

452

454

456

458

460

462

464

466

468

470

472

474

476

478

480

482

484

486

488

490

492

494

496

498

500

502

504

506

508

510

512

514

516

518

520

522

524

526

528

530

532

534

536

538

540

542

544

546

548

550

552

554

556

558

560

562

564

566

568

570

572

574

576

578

580

582

584

586

588

590

592

594

596

598

600

602

604

606

608

610

612

614

616

618

620

622

624

626

628

630

632

634

636

638

640

642

644

646

648

650

652

654

656

658

660

662

664

666

668

670

672

674

676

678

680

682

684

686

688

690

692

694

696

698

700

702

704

706

708

710

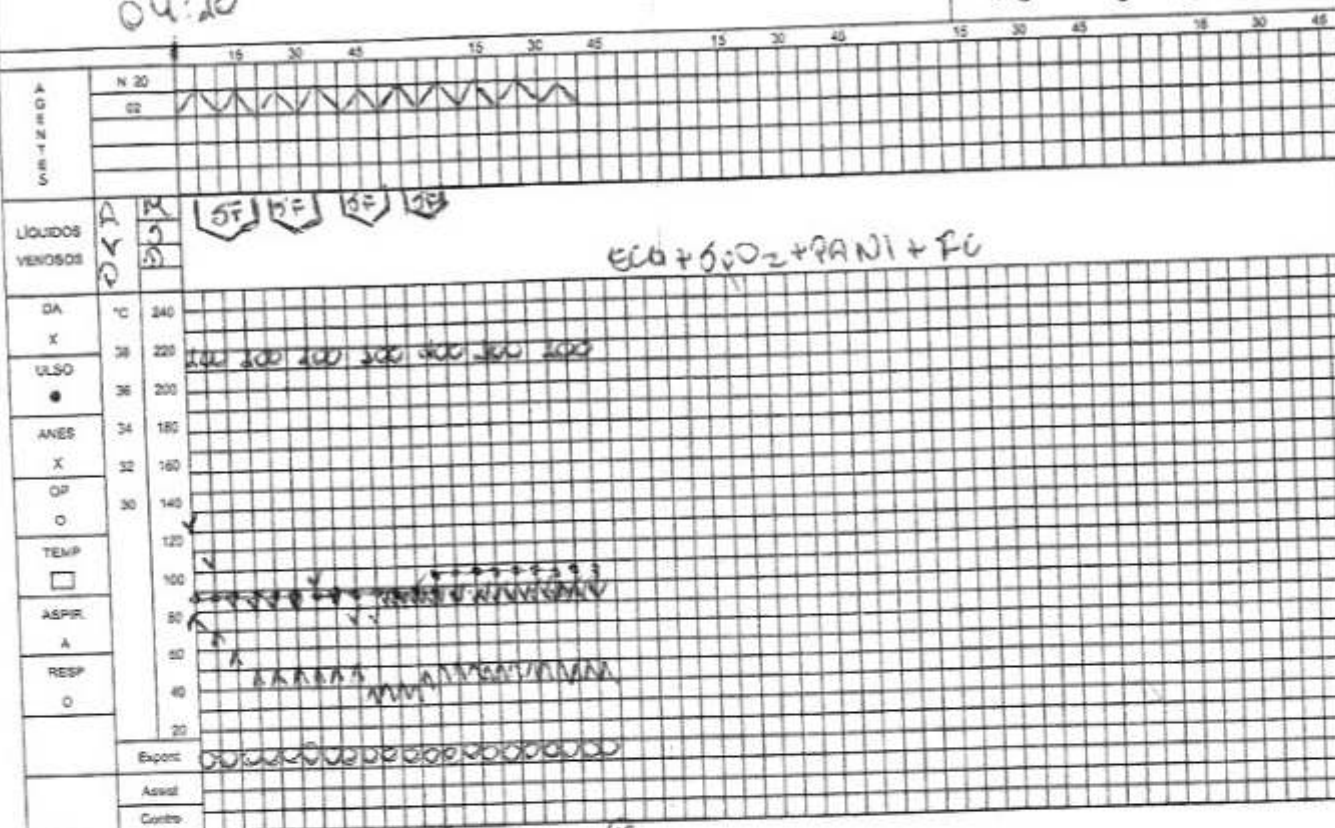
Boissier's Salsa, M. 37a

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:10

10

08 03 2020



224901.C6

18 26 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

AGENTES	DOSES	TECNICA
A. Fentaniil 50mg		Naamianestesia hipn.
B. Midaxolan 2mg		hávia com sedação
C. Naloxona 0,5% 3ml		subcut. larço espanta- men.
D.		
E.		
F.		
G.		
GLICOSE	LIQUIDOS	Céfalo - Naso / Oro Faríngeo Naso / Otorrinolaringo - Cego Ból - Temp - Cálculo do Túbulo Sob Máscara Difundindo Tecido
NOCD		
SANGUE		
3F 2000 ml		
TOTAL	2000 ml	100'
		TEMPO DE ANESTESIA

ANCIACÕES

x - chá de + mosteiras
1 - Sufrido
2 - Quilão SA / L3 - L4 / Quilão 20
mediana / asseptica / L470
3 - Quilão SA / L3 - L4 / Quilão 20
3 med SA
4 - 000
5 - 5 med SA

OPERAÇÃO $\uparrow$ fixação externa de perna (P)

Lanugo - Espanto - Excesso de Sêres
 Depressão Respiratória - Hipoxia
 "Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Brill-Tajickardis - Chocoma

ANESTESIA
Dr. Edmo

000000

Cirurgião
Dr. Jucatar.

PERDA SAGOLINE

Case 1:17-cv-00001-UNA Document 1-1 Filed 07/26/17 Page 1 of 1

Hi Daniel!

Bruno Thiago D. F. Pina
MÉDICO
CRM-PR 10288

6. Дексалаталза 50 мг IV
7. Утопропен 100 мг IV
X - ОПРА.
8. Фуланил 50 мг IV
9. Мидолам 2 мг IV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Nascimento		GT		06/03/20 </td
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Colocação de fixador em perna "E"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		04:25	06:15	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
1º - Jonathan		2º - Daniel		
2º - Augusto		CIRCUANTE		
		Oliveria, Gracia + Rosemberg +		
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
02:00		1 hora		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
7/10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		500ml	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
7/10	PACOTES GAZE		500ml	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
7/10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
7/10	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº
7/10	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0 / 1
7/10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
7/10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
7/10	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº
7/10	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
7/10	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
7/10	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
7/10	SERINGA 01ML			SURGICEL
7/10	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO
7/10	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº
7/10	SERINGA 10ML			GEOFOAM PUR
7/10	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
7/10	Cateter O2			OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	AMONTOS		
	Gabriel	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Gabriela	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
 Tel.: 55/11/30480000
 FIDUCIAR LAY FIX C/ SAKRA 950
 Ref. 4747/03
 Registro ANVISA: 10228710000

Data: 08/03/2020

SRPA

Sinais Vitais

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Raimundo Souza
Responsável Cirurgião _____

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 08/03/2020 Assinatura _____ Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Carlos Davi

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO ☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS ☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
() Sim ☒ Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim () Não () Não se Aplica

Edilene C. de Carvalho
Enfermeira
375.129
Corteado
Assinatura e Carimbo

207-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Damião Sampaio				
AGNÓSTICO	SR DE DOUTOR J. S. S.				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	8/3/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				nao tem
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				nao tem
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				22:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				nao tem
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				nao tem
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				nao tem
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				nao tem
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				nao tem
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				nao tem
13	SSVV + CCGG 6/6 H				nao tem
14	CURATIVO DIÁRIO				nao tem
15	Tiludil 20mg EV 12/12h				nao tem
16					
17					
18					
19					
20					
21					

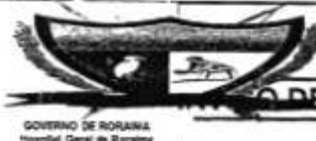
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
UNIDADE DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Ramundo Louren</i>					
DIAGNÓSTICO <i>fratura exposta do fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>107-4</i>	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>12h</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>suspensão</i>				SUSPENSÃO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>22h 05</i>
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>24</i>				<i>su</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>su</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>su</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				<i>6h 20 7h</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <i>nte (2) 6h 20 7h</i>				<i>6h 20 7h</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>su</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>rotina</i>
15	<i>Amoxiclavina 400mg EV 12/12h</i>				<i>22h 05</i>
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 06/06h</i>				<i>22h 05</i>
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≤ 70				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>94/65</i>	<i>81</i>		<i>36.2</i>
12 H				
18 H				
24 H	<i>103/67</i>	<i>81</i>		<i>36.2</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Devolter ao NIR após
transfêrencia

107-1



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERRA				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		11/03/2020
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CURATIVO				
13	SSVV + CCGG 6/6H				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	135x68	85	20	36°	
18 H	100x50	80		36.5°	
24 H					

11h feito medicação e SSVV
CPM. Tec. Luíza

22:00 Paciente ao HC

Diana Regina
Técnica em
COREN-RR 01074-TE

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



MISSÃO	DIH	DN
RUBEN SOUSA		
FERIDA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA		
HAS	DM2	
LEITO	107-1	DATA
		09/03/2020
		HORARIO

DIET: LIVRE

CEXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

CEXACINO 400MG EV DE 12/12H

CEXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 6/6H

CEXACINO 400MG EV 1 X AO DIA

CEXACINO 400MG EV 8/8H S/N

CEXACINO 400MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR

CEXACINO 400MG 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

CEXACINO 400MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

CEXACINO 400MG EV OU VO DE 6/6H

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

CEXACINO 400MG

TRATAMENTO: REGULAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
DE 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
≤ 70 DL/ML EV + AVISAR PLANTONISTA

DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
ENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
DEIXAS ALGICAS.
DE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
DE, HIDRATADO, FUNÇÕES
DE, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM

1300	FC	FR	
1300	86	19	36.5
111.69	79		36

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

17:30

PA

24HS

PA 113X67 FC 71bP

TAX 36°C

106HS
PA 104X62
TAX 36°C
FC 81

20HS para seu quadro qd o mal
quarto clauso

Coordenador de Clínica
Caren-RR 523 054-75

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAIMUNDO SOUSA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manhã
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12h 03
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12h 18.24/06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				06h
6	OMEPIRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR ID				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h 18.24/06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MIE

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	116/72	78	FR	
12 H	117/71	81		
18 H	108/61	81		
24 H	116/79	72		

Plantas matutino e vespertino.
Pst acordado. LITE realizado.
SSVV e medicação de horário.
Atua 11 n tem na farmácia

Obito paciente no sala
furo no osso com
- 55/44 (4/20/16)

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Treatmento de Feridas -	Paciente: Raimundo Sousa			
HGR	Leito: 103-1			
		Data: 10/03/2020		

Localização		Região: MIE		Região: MIE
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração X Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros			
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Mota Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			
Observações:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Mota Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 11/03/2020
PACIENTE: Raimundo Sousa DN: 25.00.80
DIAGNOSTICO(S): problema adaptativo de sistema E

DIH: 21.3.2020
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS _____

IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUIDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

Boa Vista, 11 de Março de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente _____ CRM: _____

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Medico Regulador _____ CRM: _____



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

Prontuário 00179010	Data Internação 08.03.20	Data da Saída 11.03.20
Número da AIH: 142010002765-4		
Enfermaria 107		

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659
Nome do Paciente RAIMUNDO SOUSA		
Cartão do SUS 703400216255916	Data de Nascimento 25/10/1982	SEXO 1 - Masculino
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 26493920034		Raça/Cor PARDA
Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA		
Nome do Responsável RAIMUNDO SOUSA		Fone p/ Contato
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES		Número 847
Município BOA VISTA		Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Código do IBGE 140010	UF RR	CEP

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 1964	Médico Solicitante AUGUSTO	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0408050500	Procedimento Principal	Esp 02
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto ()		C. Int 02
		CID P 5628
		CID S V299
		CID CA
		M. Sa 31
Alta () Trans (X) Óbito		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01				1759		01	
02	02				1964		01	
03	06				1025		01	
04	07				1964		03	
05								
06								
07								
08								
09		0702030406	202766	08.03.20	99	135	01	
10								
11								
12								
13					57=12	202003	02	
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 08.05.20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA
Ronam Pacheco de Carvalho
CONTADOR E GESTÃO HOSPITALAR

NIR Trauf: 11/03/20

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - CNES
NIR

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050500
5828

8420

V799



BOLETIM OPERATÓRIO

Raimundo
Souza

Data: 8.3.20 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de fêmur F

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fratura exposta de fêmur F

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathan C. Lopes

1º aUXILIAR: Augusto

2º aUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º aUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1789

INÍCIO: _____

FIM: CRM-PR 1789

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob sedação profunda
- 2) Pré-operatório e Anestesia
- 3) Colocação de logro externo
- 4) 2/3 C de girimento com 5x0,9/10L
- 5) Colocação de fixador externo
em fêmur E com redução de fratura
com auxílio de intubação de
insuflação
- 6) Sutura com Nylon
- 7) Ad RytA após curativo

 Jonathan C. Lopes
 CRM-PR 1789



EMERGÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

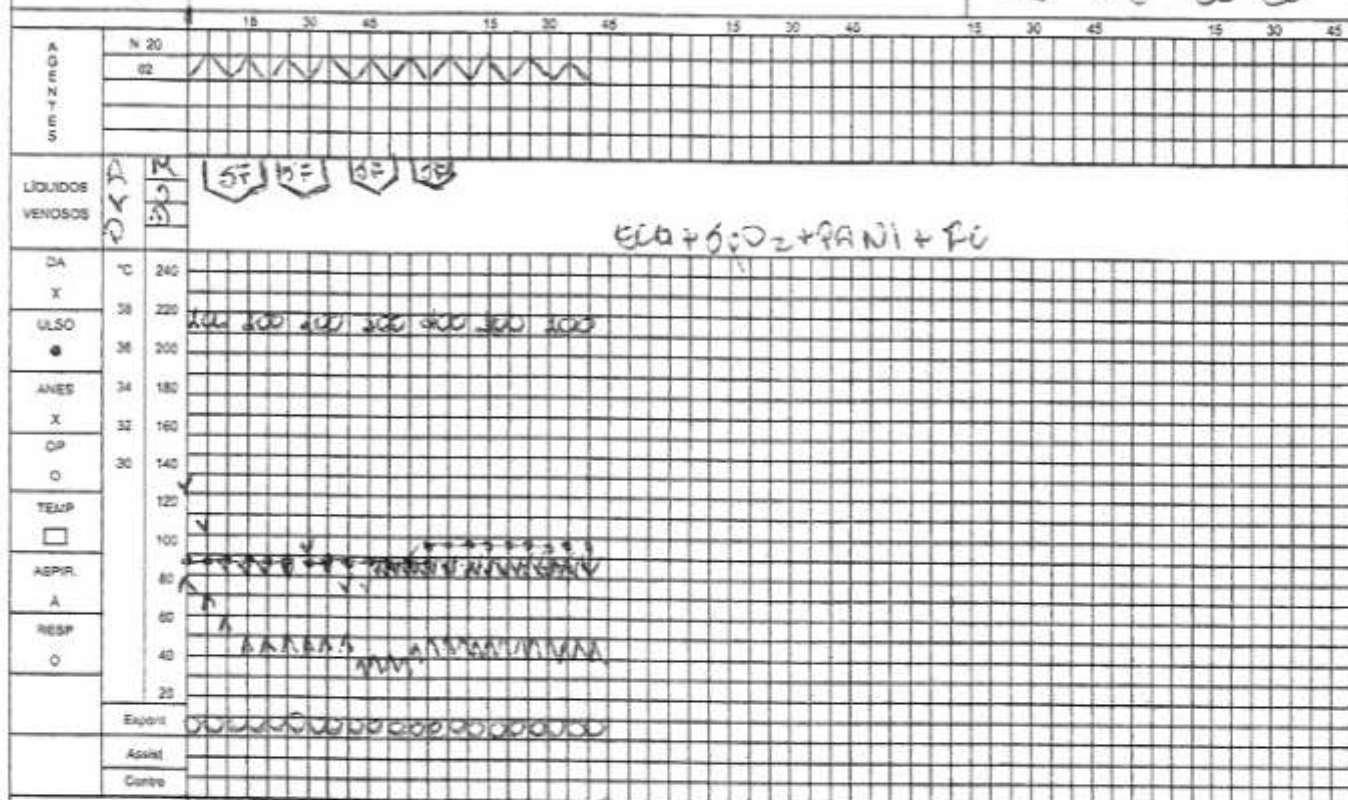
Nascimento Salsa, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:10

N°

08 03 2020

ECG + SpO₂ + PA NI + FC

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanil 50µg		Naqui anestesia hiperbárica com ventilação espontânea.	x - Check + monitorização.
2. Midazolam 2mg			1. Suetado
3. Rocurônio 0.5% 3ml			2. Suetado SA / L3 - L4 / Quincke 26 / mediana / essentiva / L4H@.
4. Glucose			3. Suetado SA
5. SANGUE			4. 50H
6. TOTAL			5. Suetado 5 mg IV
7. OPERAÇÃO			
8. ANESTESIA			
9. CÍRULOS			
10. PERDA SANGÜÍNEA			

ANESTESIA: Dr. Edilson
CÍRULOS: Dr. Jucimar
PERDA SANGÜÍNEA: 100ml

Dr. Daniel

Bruno Thiago de Faria
MÉDICO
CRM-RR 1022

6. Suetado 10 mg IV
7. Suetado 100 mg IV
x - 50H
8. Fentanil 50 µg IV
9. Midazolam 2 mg IV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Raimundo Costa		GT			08/03/20 </td	
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Colocação de fixador em		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
perna "P"		04:25	06:15			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:		
Dr. Jonathan		Eduardo		Dr. Daniel		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
Dr. Augusto						
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
		Clara + Raimundo +				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:				
Algodão 04:20		1 hora				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR	
70	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml	
70	PACOTES GAZE Clatene			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 500ml		
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2-0 / 1 1/2		
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
7	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0 - 10cm (30cm)		
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL - 200mg p/ 100mg 0.5g		
7	SERINGA 03ML Luvas Vinil (P)			CERA P/ OSO		
1	SERINGA 05ML Escova p/ ampolha		1	KIT CATARATA Nº 100ml		
7	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM P/ 200g		
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA - 4x1		
1	Cateter O2		1	OUTROS: elctrodo		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	AMAMENTOS		VALOR	
		Solange				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
		Gabriela				
			TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
 Tel: 9611/094000
 FIXADOR LAY FIX C/ BAIXA 360
 Ref: 4747/03 Lote: 19.000908
 Registro ANVISA: 18223710005

Nome: Reinardo Sousa

Data de Nasc: 25/10/1982 Idade: 37a Setor/leito: _____

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 08/03/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA									
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDR-TE	DOR	
1. Informações: Jejum () Sim () Não Protece () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: _____ 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % () Regular () Irregular 4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Adm no</u> <u>ce sala 04</u> <u>pl preceitual</u> <u>de urgência</u> <u>de fletor</u> <u>WTE, Naga</u> <u>elegera e</u> <u>canalicular</u> Sinais Vitais: Saída da SO R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % () Regular () Irregular Destino: () SRPA () UTI () outros: _____	Entrada na Sala <u>04:00</u> Início da Anestesia <u>04:41</u> Início da Cirurgia <u>04:25</u> Término da Cirurgia <u>6:15</u> Término da Anestesia _____	Anestesia <u>Proquet</u> <u>extenso</u> <u>WTE</u> Posicionamento <u>Neural</u> Hemoderivados CH: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____ Antitoxico Nome: _____ Dose: _____ Outros: _____	Antitoxico Nome: _____ Dose: _____ Outros: _____	Nº de Compressas oferecidas: _____ Nº de Compressas recolhidas: _____ Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Jgometria () Outros: _____	Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendolite 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Sim () Não 12. SVD () Sim () Não 13. Outros: _____	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Aceiso venoso 5. Outros: _____	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Aceiso venoso 5. Outros: _____	15' 30' 45' 1h 01:30 h 2 h Observações: _____	47 90 90 100 8	92 90 90 100 8	92 90 90 100 8	92 90 90 100 8	92 90 90 100 8	92 90 90 100 8	

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Carimbo Saura
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ APROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Ceival Daniel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica

() Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- ☒ Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

- () Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- () Sim ☒ Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

- ☒ Sim () Não () Não se Aplica

Edilene C. de Carvalho
Enfermeira
375.129

Assinatura e Carimbo

Data 08/03/2020 Assinatura _____ Hora 09:00

207-1.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Damião Sampaio					
AGNOSTIC	M de Damião Sampaio					
ALERGIAS	Y	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	8/3/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				J N D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				J N D	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				J N D	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				J N D. 22	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				J N D	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				J N D	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				J N D	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				J N D	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				J N D	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				J N D	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				J N D	
13	SSVV + CCGG 6/6 H				J N D	
14	CURATIVO DIÁRIO				J N D	
15	Tiludil 20mg EV 12/12h				J N D	
16						
17						
18						
19						
20						
21						

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Raimundo Lourenço			
DIAGNÓSTICO		Fratura Esférica De fêmur (E)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	107-L	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				12h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>suspensão</i>				SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				22h 05
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				6h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				6h 7h
10	SSVV + CCGG 6/6 H				22h 24h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				12h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15	<i>Doralfonacina 400mg Ev 12/12h</i>				22h 24h
16	<i>Alendronato 600mg Ev 06/06h</i>				22h 24h
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS			
6 H	94/65	81	36.2
12 H			
18 H			
24 H	103/67/1	84	35.2

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Devolver ao NIR após
transferência

107-1



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERRA				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO 107 DATA 11/03/2020				
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR M				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	NTE 12 18 24 06				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR + RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	135x68	85	20	36°	
18 H	100x50	80		36,8°	
24 H					

11h feito medicação e SSVV
CPM. Tec. Luíza

22:00 Paciente ao HC

Diana Rêgo
Técnica em
COREN-RR 513.124.15



Serviço de Ortopedia e Traumatologia

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA	
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	12h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	12h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12h
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1 CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12h
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12h
12		
13	CURATIVO	
14	SSVV + CCGG 6/6H	
15		
16		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MIE

SINAIS VITAIS				
8 H	116/72	78	FR	36
12 H	117/71	81		36
18 H	108/61	81		36
24 H	116/70	72		36

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RN
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

Plantão matutino
Atendimento realizado
SSVV e medicação de hemio
atua 11 n tem na farmacia

06/11/2016
furo não com
- 551400

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HCR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: Raimundo Souza	Data: 10/03/2020			
Leito: 107-1				

Localização		Região: MIE		Região: MIE
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ____ Tração ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Mourais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Moura Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			
Observações:	Vanessa da Silva Mourais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Moura Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 11/05/2022

PACIENTE:

DIAGNOSTICO(S):

DN: 25/01/80

DIH: 21/5/22

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSOIAIS (DATA / /): Hb: Ht: Nr: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 11 de Maio de 2022 Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

CRM

NIR

Trans: 11/03/20



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/82

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Visconde Waldemar Gomes - 817 - Heliópolis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com fratura exposta
de omó da perna esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1º Leito

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta perna E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura exposta perna E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jornalistas

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

8420

0408050500
5828

V799



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: RAIMUNDO SOUSA 37 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 11/03/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX EXPOSTA DE PERNA E E NO DIA
11/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OPERADO PELO DOUTOR ALBERTO E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 11/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03 (TRÊS) SEMANAS, COM O
DOUTOR ALBERTO.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Edson Vieira

CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

sábado, 11 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR



RAIMUNDO SOUZA

4422

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020



Marcos

61.7 %

ESQUERDO



ESQUERDO



RAIMUNDO SOUSA
37 ano(s) 25-10-1982

2-06-2020 20:38:01

POLICLINICA COSME E SILVA





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

055.907.813-70

Nome

RAIMUNDO SOUSA

Nascimento
25/10/1982



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26949392003-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2003

NOME
RAIMUNDO SOUSA

FILIAÇÃO
ANTONIO PEDRO DE SOUSA E MARIA DO S
OCORRO SOUSA

NATURALIDADE
TURIACU-MA

DATA DE NASCIMENTO
25/10/1982

DOC ORIGEM
NASC.N.45558 FLS.43 LIV.54

CPF
*****-**
P-162

Orlando Tanta Arouche
Diretor de Identificação
ASSINATURA DO DIRETOR

VIA-01

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO

GERÊNCIA DE ESTADO DE JUSTIÇA
SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEGAR DIRETO

ASSINATURA DO TITULAR
Raimundo Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - RJ

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014997498137

02 01081732226

ELTON ALVES DA SILVA

009.723.062-69

9C2K01670F014245

MAIO/2019

2019

VEÍCULO

TIPO: PAS/MOTOCICLET/MAO AP.LTC.

ALCO/0850L

2016

2013

CONDIÇÃO

VERMELHA

PREMIO

R\$0.32

R\$84.58

06/06/2019

SEM RESERVA DE DOPANTO E PROIB SAIR DA RUA OCIDENTAL

IGODomes Brasil

Detran RJ

16/03/2020

RR Nº 014997498137 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradordelider.com.br

SAC DPVAT 0800 072 1204

VEÍCULO

02 009.723.062-69

2019

16/03/2020

PLACA

9C2K01670F014245

PREMIO TARIFARIO

R\$0.32

R\$84.58

06/06/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-64

014997498137

00508130-1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

Vítima: RAIMUNDO SOUSA

CPF: 055.907.813-70

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO RG: 26949392003-4 SSP/MA
CPF: 055.907.813-70 ENDEREÇO: R. WALDEMAR GOMES 847
BAIRRO: SEN. HELIO COMPER CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA
CEP: 69.314-560

VITIMA: RAIMUNDO SOUSA

CPF: 055.907.813-70 DATA DO ACIDENTE: 11-03-2020
NATUREZA: () DAMS ☒ (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: MSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO
Nº. DO RG: 114876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999
Nº. DO CPF: 627.942.803-68
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO NE 312 BARRO: NOVA CANAÃ

PODERES:

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

BOA VISTA - RR, 29 de ABRIL de 20 20

* Raimundo Sousa
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

Vítima: RAIMUNDO SOUSA

CPF: 055.907.813-70

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

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: 10/09/2020
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO