

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
4119472820230825111137

Processo 0800760-64.2023.8.23.0010 ☆ - (224 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Selos:

Simplificar: <https://simplificar.tjrr.jus.br/fluxos-da-area-judicial>

Guia de Recolhimento de Custas: <https://www.tjrr.jus.br/guia-arrecadacao/pages/publico/nova-guia-judicial>

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Guias

Realces ↑

Realçar Movimentos de: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência

Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros ↑

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à

Descrição:

86 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 86

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	86	25/08/2023 11:11:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (21/08/2023)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	85	21/08/2023 17:29:15	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A) em 21/08/2023 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 82) JUNTADA DE LAUDO (21/08/2023) e ao evento de expedição seq. 84.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	84	21/08/2023 09:58:55	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 82) JUNTADA DE LAUDO (21/08/2023)	Yara Laís Almeida Silva Estagiária
	83	21/08/2023 09:58:55	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANA TEREZA ARACENA MARABAY com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 82) JUNTADA DE LAUDO (21/08/2023)	Yara Laís Almeida Silva Estagiária
<input type="checkbox"/>	82	21/08/2023 09:58:17	JUNTADA DE LAUDO	Yara Laís Almeida Silva Estagiária
	81	04/07/2023 00:07:04	DECORRIDO PRAZO DE ANA TEREZA ARACENA MARABAY (P/ advgs. de ANA TEREZA ARACENA MARABAY *Referente ao evento (seq. 70) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (02/06/2023) e ao evento de expedição seq. 74.	SISTEMA CNJ
	80	22/06/2023 00:04:38	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A (P/ advgs. de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A *Referente ao evento (seq. 70) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (02/06/2023) e ao evento de expedição seq. 73.	SISTEMA CNJ
	79	21/06/2023 15:47:59	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANA TEREZA ARACENA MARABAY) em 21/06/2023 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 70) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (02/06/2023) e ao evento de expedição seq. 74.	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08007606420238230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA TERESA ARACENA MARABAY**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 24 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI
OAB/RR 858

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320033278001

VALOR TOTAL:

4.725,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA TERESA ARACENA MARABAY

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06953

CONTA: 000000029789

Número da Autenticação

C2CF4CE6BB30E55A7CC25EDBEC564A9C39DF8DADFC49A681ECDDF22D09518D74

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200332780

Vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY

Data do Acidente: 30/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCINEIA SOUSA PONTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA TERESA ARACENA MARABAY

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANA TERESA ARACENA MARABAY**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **341**

Agência: **000006953**

Conta: **0000029789-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200332780 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE.
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO DA PÁGINA 2
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 37/38

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Amilton Augusto Marinho

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 30/04/20 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX EXTERNA DE FÊMUR (D) + FISSURA DE PÁLID
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Molise + FX TIBIA (D)
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Vitor Paracat 1º AUXILIAR: Formoso (RS)
2º AUXILIAR: Bruno Vieira (RS) INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: Adonias ANESTÉSICO: Dantist
INÍCIO: 11:00 FIM: 2:20 DURAÇÃO 3:20.

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDAT sob efeito anestésico;
- 2) AA e CCE + LANA COM EXATIDÃO DA UNÃO DE PÁLID
MOLES ENDO HEMO DISTURBAMENTO DA COXA DIREITA, ROMBANDO
ESTRUTOS COM FOLHAS, GATAS, TORNIA E ANSIA;
- 3) Sutura da pele e (CONVOXÃO DE) AÍGO SEM O BOLA
Colocando para fechamento de RETALTO COM UNO CUS HEMO
PENSAS TORNIA SUPERFÍCIES;
- 4) Redução cromo da fratura de fêmur e tibia e
- 5) Colocação de fixação externa
- 6) Curativo
- 7) A RFA

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE-510

Shale
CONFERE COM ORIGINAL
03 SET. 2020
Dr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1231



Ana Teresa Arauz Marabau, M, 36a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°
23:45	00:00	01:00
		02:00
		30 04 2020.
AGENTES	N 20	
	02	
LÍQUIDOS VENOSOS	A	3F 3F 3F 3F 3F 3F ECG + SPO ₂ - LRAPI + FC + B
	M	
DA	340	
X	320	
ULSO	300	
●	280	
ANES	260	
X	240	
OP	220	
O	200	
TEMP	180	
□	160	
ASPR.	140	
A	120	
RESP	100	
O	80	
	60	
	40	
	20	
Export		
Adapt		
Conte		

SÍMBOLOS 42 93 333 7 8
10 210 333 42

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Propofol 20mg		házei hiabaiica	X. Cheque + manobrijação.
Ketofol 60mg		cau West. ta. cao espe.	1. Anest. SA/L3 - LU/auieck
		taieca.	27/aseptica / LCN ⊕.
			2. Ap. A+B, SA
			3. Efedrina 5mg IV
			4. Atropina 2mg IV
			5. Dexamefasaca 2mg IV
			6. Nitrogênio 100mg IV
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	
		Naso / Orofaringe - Caps	
		Bul - Tamp - Calbra do Tubo	
		Sub Mânere	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL	3000 ml	20h	REMPADE ANESTESIA
OPERAÇÃO	Tratamento cirurgico de fratura na espinha de fêmur ⊕		Labirgo - Espand - Brasso Sâre
			Depressão Respiratória - Hipoxia
			"Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Anémia
			Brad Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜEA
Dr. Adanias		Dr. Vitor P.	200ml de l
Dr. Daniel		Dr. Fernando	2. Diazol 10mg IV
			8. Omeprazol 40mg IV
			9. Jancosina 2g IV
			10. Gentamicina 300mg IV
			X - SRA.

Bruno Thiago O. C. Pinho
MÉDICO
CRM-RR-1025



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG: /2020	D.N.:	
NOME: ANA TERESA A. MARABAY	IDADE:	SEXO: FEM
EXAME: FAST - E		
PROCEDÊNCIA: GRANDE TRAUMA	MÉDICO SOLICITANTE: ARNALDO	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

RECESSO HEPATORRENAL: Sem evidência de líquido livre.

TRANSIÇÃO FIGADO PULMÃO DIAFRAGMA: Sem evidência de líquido livre.

LINHA HEMI-CLAVICULAR ANTERIOR DIREITA: Sem evidência de pneumotórax

RECESSO ESPLÉNORRENAL: Sem evidência de líquido livre.

LINHA AXILAR ANTERIOR ESQUERDA: Sem evidência de pneumotórax.

TRANSIÇÃO BAÇO PULMÃO: Sem evidência de líquido livre.

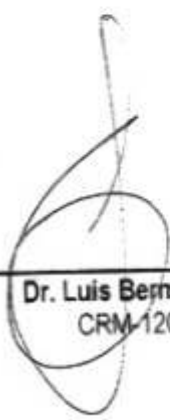
ESPAÇO RETROVESICAL: Sem evidência de líquido livre.

JANELA PERICARDICA: Sem evidência de derrame pericárdico.

ID: FAST-E NEGATIVO

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS.

Boa Vista - RR, 30/4/2020 20:17


Dr. Luis Bermejo Galán
CRM-1208/RR





656

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu ANA TERESA ARALENA CPFnº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 03 de MAIO de 20 20.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, 03 de MAIO de 20 20. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

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

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA JORDA ANTONIO MANSORY

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179931

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 5 8 4 5 9 2 0 5 1 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/03/1984

9 - SEXO

Masc 1

Fem 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Soreja Hernesto nara boy terra

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

VITIMAS DE ACIDENTE UNICICLISTAS COM PERNAS TORCIDAS IMPEDINDO COM SEUS MEMBROS AS COXAS E, TAMBÉM EXCESSO NA FÔRÇA E TÍBIA FRACTURADA.

16 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTO CIRURGIA

Shete CONFERE COM ORIGINAL 03 SET. 2020

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

EXAME FÍSICO.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FR. EXP. Femur + FR. Tíbia + DISTURBAMENTO COXA D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

HTO FR. EXP. OS FEMUR + FR. TÍBIA + FIXAÇÃO CIRURGIA

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

Vitor Pereira

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30/04/2020

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

Dr. Bruno Vieira de Lima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1231

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BÔNUS

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2/14/20

0408050519 -> 572
0408050500 -> 582

até 14.5

661

Ana Teresa Aracene Morabay



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Ana Teresa Aracene		
AGNÓSTICO	Ex de tibia D + FX do osso do fêmur D + Luxação de		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	SC	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANJER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		06-12 18-24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		14-22 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		SND
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
13	SSVV + CCGG 6/6 H		SND
14	CURATIVO DIÁRIO		Rotina
15	Oracilina 2g EV de 4/4h		12 18 24
16	Atoraxona 2g EV de 12/12h		10 22
17			
18			
19			
20			
21			

P
molar

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

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

Realizado visita e orientações
PCTE BEG () RÉG () MEG ()
acompanhado S () N ()
CI () SI () queixas

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x90	50	20	36,2
18 H	140x90	98		36,7
24 H				

Dist 146

Dr. Edmar Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 2124

Iran R. de Silva
Téc. Especialista
CORREIO 011 883
R. do Trunfo

Suprimentos

L 56 OK

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

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE ANA TERESA ALMEIDA
 AGNÓSTICO FX TIBIA ① + FX EXPOSTA FÊMUR ② + LESÃO TENDÃO MOLES
 ALERGIAS _____
 IDADE _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
 ITEM _____ LEITO _____ DATA 02/05/2010

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SW
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SW
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	SW
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	12.00 - 24.00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SW
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SW
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	14.00 - 20.00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	11.45h
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12.00 - 18.00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12.00
13	SSVV + CCGG 6/6 H	SW
14	CURATIVO DIÁRIO	SW
15	CEFTIMAXONA 1g EV 12/12h	14.00
16	OXACILINA 2g EV 4/4h	14.00
17	METFORMINA 500mg EV 8/8h	12.00 - 24.00
18		14.00
19	AO CAMINHAR APÓS RX CONTINUA	
20	Hidrocortisona 300mg EV	
21	DA SOB CN / (seco) SN).	

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,
 NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Gabriel Martins
 Médico
 CRM-RR 2001

SINAIS VITAIS		DEXTRO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	72	TAX
18 H	130/60	109	36.6
24 H	130 X 70	112	36.5°C

Aline O. de Castro
 Tec. Enfermeira
 COREN-RR 000120

Don Martins
 Médico Residente em
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 20338

MEDICO RESIDENTE
 Geriane S. de Moura
 Tec. de Enfermagem
 COREN-RR 968129

Geriane S. de Moura
 Tec. de Enfermagem
 GOREN-RR 968129

myid
 corrigido com 200 ml

Caroline Campos
 Tec. Enfermeira
 COREN-RR 000120

06h
 PA: 111/60
 FC: 106
 T: 36,3°C
 DX: 134 mg/dl
 Diuise: 100 ml

Caroline Campos
 Tec. Enfermeira
 COREN-RR 000120

L-56



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ANA TERESA ARACENA		
DIAGNÓST	FX DE TIBIA D + FX EXPOSTA DE FEMUR D + LESÃO DE PARTES MOLES		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	56	DATA
ITEM			03/05/2020
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO
2	AVP		SND
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H FIXO	12. 18. 24.	06. 06. 06.
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06.
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SND
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	14. 22.	06. 06.
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		06. 06.
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SND
8	TILATIL 20MG EV 12/12H OU 40 MG 1 X DIA	12. 24.	06.
9	CEFTRIAXONE 1G EV 12/12H	14.	06.
10	SSVV + CCGG 6/6H	Noting	
11	CURATIVO DIARIO	1x. 16. 20. 24.	06. 06.
12	MORFINA 10MG + 9ML AD EV FAZER 4 ML SE DOR INTENSA		SND
13	OXACILINA 2G EV 4/4H	12. 16. 20. 24.	06. 06.
14	METRONIDAZOL 500MG EV DE 8/8H	14. 22.	06.

Desmame de SVD
14/05/2020

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, EM USO E CURATIVO EM MID.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ~~NORMOCÓRICO~~, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.

Normocórico, Hb: 8.2.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120x60	56		36.3
18 H	130x70	113		36.6
24 H	130x70	109		36.2

Dr. Augusto Cavalcante
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1965

18h O = 100umL
 06:00h 140x80 | 100 | 36.3

Stamp: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RR
 000967542



HGR

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 09/05/2020

PACIENTE: Ana Luiza Araçena Maralva DN: 14.03.84

DIAGNÓSTICOS: Fratura exposta de fêmur e tibia

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: VIA ORAL () SNE () OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: ____:____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
traços dupontil ATB

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
5/4. Início de pl transfusão sanguínea. 1b(08/05)

Boa Vista, 09 de Maio de 2020. Hora: _____

Dra. Jayme Bezerra Magalhães
Médica

CRM 1967 / RR

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



18

QSA



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANA TEREZA ARACENA				
DIAGNÓST	FX DE FEMUR DIREITO				
ALERGIAS					
IDADE	HAS		DM2		
LEITO	68	18	DATA	10/05/2020	
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				MANUTER
2	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SV
3	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SV
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SV
5	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV
6	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SV
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
8	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
9	SSVV + CCGG 6/6H				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	CEFEPIME 1G EV DE 12/12H				
12	OXACILINA 2 EV DE 4/4H				
13	TRANSFERR AO CANARINHO				
14					

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, REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2CH DIA 9/5/20 COM HC DE CONTROLE COM HEMOLOBINA DE 9.8.

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

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

10/05/2020 paciente no leito, lote sem queixas, agm mcpm + SSVV

10/05/2020 paciente no leito agido SSVV agm mcpm + SSVV + SSVV

Maria Jesus Silva Dues
Téc. em Enfermagem

PEDIDO DE PARECER

Unidade: CANARINHO

NOME: Ana Luiza Ancona

IDADE:

BLOCO:

ENF:

LEITO: 12

De: ORTOPEDIA

Para:

Cirurgia Plástica

Pc# com fratura de tíbia mais perda de tecidos. Adesão também fratura exposta de fêmur direita, solicito parecer

DATA 27/05/2020

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

PLASTIA

Presença de escaras e feridas de pressão no decúbito sem indicações para a cobertura cutânea. avaliar curativos e manuseio.

Dr. Márcio Arcoverde
Cirurgia Plástica
CRM/RR 1239 RQE:545

Data

médico



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

4/10/12

O.S. _____

Amputação Amputa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Neuroma de pele de coxa +

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Piorar além de 1 ano e 1/2

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Amputação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

p. Ocluidante Cirurgico + Repolco

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

1. fratura femur - tubo dependente

CIRURGIÃO:

Dr. J. J. J.

1º AUXILIAR:

Dr. C. E. E.

2º AUXILIAR:

Dr. E. E.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

N2O/O2

ANESTESISTAS:

Dr. J. J. J.

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente amputado
- fratura anterior, com osso
- natureza de fratura de Tibia e femur
- redução e fixação e colocação de fixador
- de tibia e
- redução e fixação e colocação de fixador
- de femur +
- Ocluidante cirurgico de tecido necrotico
- de coxa
- 1.º ano por amputação
- Cirurgia

Dr. Jesus de Lopes Aguiar
CRM-48-566

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1090430010

NOME
ALCINEIA SOUSA PONTE



DOC. IDENTIFICAD. ORG. EMISOR/UF
247601 SSP RR

CPF
837.050.072-20

DATA NASCIMENTO
30/05/1986

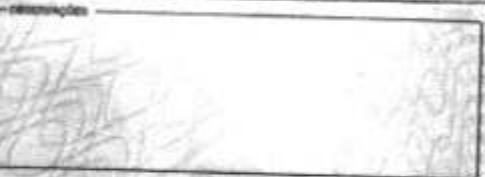
RENÇÃO
MIGUEL TROFILO DA
PONTE
LUIZA SOUSA PONTE

SEXO
F

VALIDADEZ
01/12/2020

VALIDADEZ
25/09/2020

VALIDADEZ
01/06/2007



Alcinéia Sousa Ponte

PROCURADOR PLACTIFICADOR
1090430010

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
01/10/2015

ARQUIVAMENTO Nº 58435605946
SERIAL Nº RR208518878

DETRAN-RR (RORAIMA)



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
706.581.742-31

Nome
ANA TERESA ARACENA MARABAY

Nascimento
14/03/1984

CÓDIGO DE CONTROLE
32EB.6D5E.2E18.375F



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:49:34 do dia 05/04/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA - POLÍCIA FEDERAL
Protocolo de Solicitação de Refúgio
08018.039038/2020-47

Nome
ANA TERESA ARACENA MARABAY



Hipótese Legal
LEI Nº 9.474/97

Data de Nascimento
14/03/1984

País de Nascimento
VENEZUELA

Filiação 1
JOSEFA HERNESTA MARABAY HERRERA

Filiação 2
FRANCISCO ESTEBAN ARACENA GOMEZ

Validade
11/09/2021

Gênero
FEMININO

Local
BOA VISTA - RE. 039038/2020-47

Ana Teresa Aracena
Assinatura do Portador

Documento assinado eletronicamente por **EDUARDO CARDOSO SANTOS**, em 11/09/2020, às 10:14:39, conforme horário oficial de Brasília.

Protocolo de Refúgio
08018.039038/2020-47



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://sisconare.mj.gov.br>, informando o código verificador e2ca5583-9380-489d-bec2-79e3e4c920e8

Protocolo SISMIGRA

Dobre aqui

Informações ao Solicitante de Refúgio:

PORTUGUÊS

A Lei 9.474/1997 assegura ao portador deste documento que "em hipótese alguma será efetuada sua deportação para fronteira de território em que sua vida ou liberdade esteja ameaçada, em virtude de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política" (Artigo 7, §1)

Este protocolo é documento de identidade válido em todo o território nacional e é prova da condição migratória regular do seu titular.

O titular deste protocolo possui os mesmos direitos de qualquer outro estrangeiro em situação regular no Brasil e deve ser tratado sem discriminação de qualquer natureza.

A validade do documento pode ser verificada no site <http://sisconare.mj.gov.br/>.

O titular deste protocolo deverá manter os seus contatos atualizados no Sisconare (<http://sisconare.mj.gov.br/>). Qualquer alteração de email, endereço ou telefone deverá ser atualizada no sistema.

Para dúvidas ou outras questões, entre em contato com a Coordenação-Geral do Conare pelo email conare@mj.gov.br, ou pelo telefone (61) 2025-9225.

ESPAÑOL

La Ley nº 9.474, de 1997, asegura al portador de este documento que "en ninguna hipótesis se efectuará su deportación a la frontera de territorio en que su vida o libertad esté amenazada, en virtud de raza, religión, nacionalidad, grupo social u opinión política" (Artículo 7, §1)

Este protocolo es un documento de identidad válido en todo el territorio nacional y es prueba de la condición migratoria regular de su titular.

El titular de este protocolo tiene los mismos derechos de cualquier otro extranjero en situación regular en Brasil y debe ser tratado sin discriminación de cualquier naturaleza.

La validez del documento puede ser verificada en el sitio <http://sisconare.mj.gov.br/>.

El titular de este protocolo deberá mantener sus contactos actualizados en el Sisconare (<http://sisconare.mj.gov.br/>). Cualquier cambio de correo electrónico, dirección o teléfono debe actualizarse en el sistema.

Para preguntas u otras cuestiones, póngase en contacto con la Coordinación General del Conare por correo electrónico conare@mj.gov.br, o por el teléfono (61) 2025-9225.

ENGLISH

The Brazilian Federal Law nr. 9:474/1997 assures the bearer of this document that "Under no circumstances you will be deported to the frontier of a territory in which your life or freedom is

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262248/20

Vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY

CPF: 706.581.742-31

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 30/04/2020

Titular do CPF: ANA TERESA ARACENA
MARABAY

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALCINEIA SOUSA PONTE : 837.050.072-20

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

ANA TERESA ARACENA MARABAY : 706.581.742-31

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: 16/09/2020
Nome: ALCINEIA SOUSA PONTE
CPF: 837.050.072-20

ALCINEIA SOUSA PONTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200332780 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY **Data do acidente:** 30/04/2020 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR
DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO DA PÁGINA 2
LAUDO DE IMAGEM NA PÁGINA 37/38

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ANA TERESA ARACENA MARABAY
NACIONALIDADE: VENEZUELANA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS RG:
CPF: 706.581.742-31 ENDEREÇO: R. AFONSO DOS SANTOS PEREIRA
BAIRRO: EQUATORIAL CIDADE: BOA VISTA
CEP: 69317290

VÍTIMA: ANA TERESA ARACENA MARABAY
CPF: 706.581.742-31 DATA DO ACIDENTE: 30/04/2020
NATUREZA: () DAMS INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA:

NOME: ALCINEIA SOUSA PONTE
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: DIVORCIADA
PROFISSÃO: HORTANOMIA
Nº DO RG: 247603 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 11/12/2001
Nº CPF: 877.050.072-20
ENDEREÇO: R. PEIXES 263 CIDADE: SATELITE

PODERES:

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

Boa Vista, 04 de Setembro de 2020.

Ana Teresa Aracena
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

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: 706.581.742-31 4 - Nome completo da vítima: ANA TERESA ARACENA MARABAY

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

5 - Nome completo: ANA TERESA ARACENA MARABAY 6 - CPF: 706.581.742-31
 7 - Profissão: AUXILIAR DE SERVIÇOS G R AFONSO DOS SANTOS PEREIRA 8 - Endereço: _____
 9 - Número: 284 10 - Complemento: APARTAMENTO
 11 - Bairro: EQUATORIAL 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317290
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (95) 99113-1959

DADOS CADASTRAIS

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) Itai (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29789 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 (velhos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE

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 _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Boa Vista, 04 de Setembro de 2020

Ana Teresa Aracena
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Aluísio Sousa Ponte
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019859/2020-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/07/2020 10:22:55 Data/Hora Fim: 14/07/2020 10:22:55

Origem:

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 30/04/2020 17:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Said Salomão

Logradouro: BR 174

Tipo do Local: Área Rural

Descrição do Local: proximo ao posto de gasolina do bom intento

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM FERIDOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA TERESA ARACENA MARABAY (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Venezuelana

Sexo: Feminino

Nasc: 14/03/1984 Idade 36

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Solteiro(a)

Naturalidade: maturim

Nome da Mãe: Josefa Ernesta Aracera Herrera

Documento(s)

CPF: 706.581.742-31

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua alfonso dos santos pereira

Nº: 284

Complemento: casa

Bairro: Equatorial

Telefone: (95) 99176-3160 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Informa que vinha em motocicleta (moto taxi) pela BR 174 foi quando foi colidida por trás por um veículo que vinha no mesmo sentido que a comunicante que logo apos o acidente o veículo evadiu-se do local sem presta socorro a vitima foi socorrida pelo SAMU ao HGR. informa que perdeu seus documentos no acidente sendo CPF, carteira de trabalho e protocolo fornecido pela policia federal, e seu celular Samsung A 10 com o numero (95) 99164-7393




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

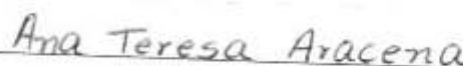
Nº: 00019859/2020-A03

ASSINATURAS


Syllas Spuza Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000149

Responsável pelo Atendimento


Ana Teresa Aracena

Ana Teresa Aracena Marabay

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(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-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."