



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

Processo 0811342-65.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 11/04/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Data Distribuição: 11/04/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo

Tipo: Promovente

Nome: ROMIR GOMES AMORIM

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** 56999 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 164.124.602-25

Advogado(s) da Parte

618NRR VALDENOR ALVES GOMES

1358NRR Rosiane Maria Oliveira Gomes

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

11/04/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL.

Data: 11/04/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: VALDENOR ALVES GOMES

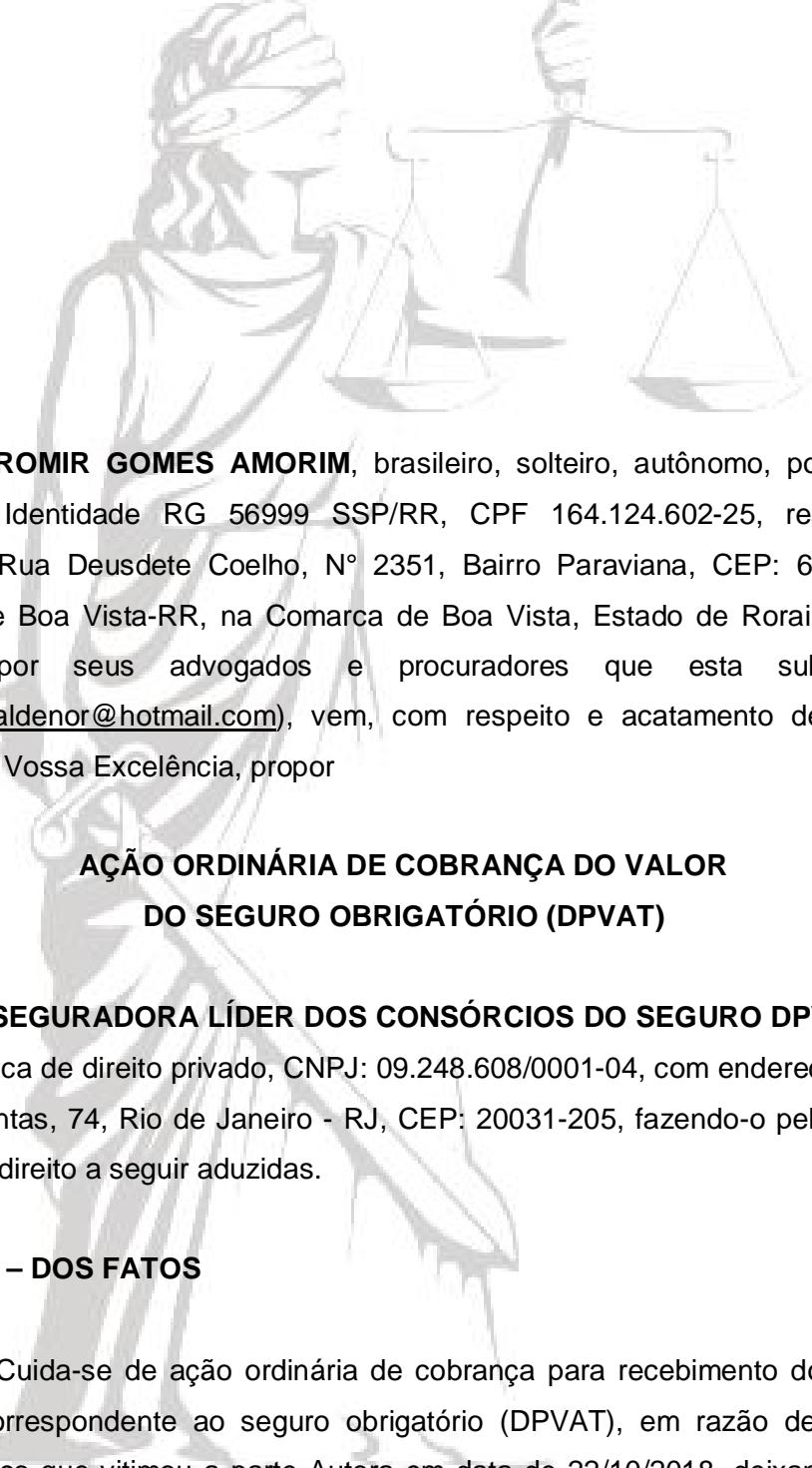
Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- procuração e doc 01
- DOC 01
- doc 02



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DE COMPETÊNCIA RESIDUAL DA COMARCA DE BOA
VISTA-RR**



ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, Nº 2351, Bairro Paraviana, CEP: 69.307-273 Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, nesta Comarca, por seus advogados e procuradores que esta subscrevem, (email:adv.valdenor@hotmail.com), vem, com respeito e acatamento de estilo à presença de Vossa Excelência, propor

**AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DO VALOR
DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20031-205, fazendo-o pelas razões de fato e de direito a seguir aduzidas.

I – DOS FATOS

Cuida-se de ação ordinária de cobrança para recebimento do valor da cobertura correspondente ao seguro obrigatório (DPVAT), em razão de acidente automobilístico que vitimou a parte Autora em data de 22/10/2018, deixando-a com



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

incapacidade permanente, devido a **FRATURA DE FÉMUR DIREITO, conforme laudos em anexo.**

Dentre as provas documentais apresentadas, o (a) autor (a) juntou:

- RG, CPF;**
- BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;**
- FICHA DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIO HOSPITALAR;**
- DECLARAÇÃO DE POBREZA;**
- POSSUI RAIO-X, QUE PODERÁ SER APRESENTADO NA PERÍCIA.**
- REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO.**

Efetivamente a parte Promovente não recebeu nenhuma importância a título de indenização por invalidez referente ao seguro obrigatório DPVAT, conforme poderá ser constatado no processo DPVAT de sinistro, no sítio oficial da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, sendo a seguradora em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** a empresa ré.

II - DO VALOR CORRESPONDENTE A INDENIZAÇÃO

A Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, é clara quando dispõe que o seguro obrigatório deve indenizar o segurado-vitimado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de invalidez permanente, senão vejamos:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

.....
II - **até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;** e" (grifo nosso)



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

A legislação supratranscrita demonstra de forma cristalina que no caso de invalidez permanente, o valor do seguro deverá ser igual ao valor correspondente a indenização por invalidez previsto na tabela de graduação, no caso da Promovente, houve **FRATURA DE FÉMUR DIREITO** lhe daria o direito de receber o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e quarenta e cinco reais).

De acordo com o artigo 5º da Lei nº 6.194/74, o acidentado só é necessita de simples prova do acidente e do dano decorrente, independente de culpa, senão vejamos:

“Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

E assim dispõe a Súmula nº. 257 do STJ:

“257 - A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.”

O caso em tela encontra-se maduro para julgamento, pois consta nos autos o prontuário hospitalar e possui Raio-X que comprova os danos sofridos pela vítima.

Vale salientar, que o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de Roraima já firmou entendimento acerca desse tema nos seguintes termos:

?EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO ? NEGADO SEGUIMENTO ? POSSIBILIDADE ? CONFRONTO COM JURISPRUDÊNCIA DO TRIBUNAL E DE CORTE SUPERIOR ? ART. 557 DO CPCIVIL ? DECISÃO MANTIDA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. O relator pode negar seguimento a recurso contra decisão em confronto com jurisprudência dominante do próprio tribunal, do Supremo Tribunal Federal ou de tribunal superior (art. 557 do CPCivil).



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

Nestas situações, é dever do magistrado, ocorrendo a possibilidade, julgar antecipadamente a lide.

Recurso improvido.

ACÓRDÃO. RECURSO IMPROVIDO UNÂNIME (Agravo Nº 000.10.000976-0, Câmara Única, Turma Cível, Tribunal de Justiça de Roraima, Relator: Des. Robério Nunes, Julgado em 14/05/2010).?

Ademais, vale destacar que o nosso Egrégio Tribunal de Justiça firmou entendimento no sentido de que o teto indenizatório previsto na Lei n.º 6.194/74 proporcional à extensão das lesões, **fracionando-o de acordo com a proporção da invalidez** e devidamente comprovado em laudo médico.

Finalmente, resta provado que a parte promovente faz jus a receber a diferença de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e quarenta e cinco reais) diante das fraturas que causaram a incapacidade da Promovente, como medida de inteira justiça.

III - DOS QUESITOS A SEREM OBSERVADOS PELO O PERITO

O Perito (a) nomeado (a) por Vossa Excelência, deverá observar o que determina a Legislação que estabelece a fragmentação das lesões para fins de indenização,

A legislação acima transcrita é clara ao afirmar que ao "... **se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido**", ou seja, o perito tem que analisar exclusivamente a parte do corpo em que ocorreu a lesão causada pelo o acidente.

Ora não há que se falar em invalidez para o trabalho, mas apenas invalidez parcial ou completa de determinada parte do corpo humano, ou seja, avaliar se após o acidente ocorreu algum tipo de diminuição na capacidade física do membro atingido a fim de enquadrar na tabela de fragmentação das fragmentações das debilidades que varia de 10% a 100%, senão vejamos:



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

Tabela de indenização de Seguros DPVAT em função do grau de invalidez

Danos corporais parciais	Grau de Invalidez (Sequelas)				
	Residual (10%)	Leve (25%)	Média (50%)	Intensa (75%)	Completa (100%)
Lesões Neurológicas	R\$ 1.350,00	R\$ 3.375,00	R\$ 6.750,00	R\$ 10.125,00	R\$ 13.500,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos braços ou de uma das mãos	R\$ 945,00	R\$ 2.362,50	R\$ 4.725,00	R\$ 7.087,50	R\$ 9.450,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de uma das pernas	R\$ 945,00	R\$ 2.362,00	R\$ 4.725,00	R\$ 7.087,50	R\$ 9.450,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 675,00	R\$ 1.687,50	R\$ 3.375,00	R\$ 5.062,50	R\$ 6.750,00
Perda auditiva bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho.	R\$ 675,00	R\$ 1.687,50	R\$ 3.375,00	R\$ 5.062,50	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um ombro, cotovelo, punho, dedo polegar, quadril, joelho ou tornozelo .	R\$ 337,50	R\$ 843,75	R\$ 1.687,50	R\$ 2.531,25	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 337,50	R\$ 843,75	R\$ 1.687,50	R\$ 2.531,25	R\$ 3.375,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer dedo do pé ou da mão (exceto dedo polegar).	R\$ 135,00	R\$ 337,50	R\$ 675,00	R\$ 1.012,50	R\$ 1.350,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	-	-	-	-	R\$ 1.350,00

IV - QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO O PERITO:

- fratura?
1 – Qual a idade e profissão da parte periciada?
2 - A parte periciada sofreu acidente de trânsito?
3 – Em caso afirmativo, qual o membro atingido e qual foi o tipo de

- acidente?
4 – Qual o período para a parte periciada obter alta médica?
5 – Qual o tipo de esporte praticado pela parte periciada antes do

- 6 – A parte periciada continua fazendo uso de medicamentos para aliviar dores referentes à fratura causada pelo sinistro em comento? Qual?
7 – O seu estado atual de saúde o torna capaz para desenvolver todas as atividades nas mesmas intensidades realizadas antes do acidente, atribuir (**S-sim** ou **N-não**), tais como:

- () Correr e pular;
() jogar futebol;
() jogar vôlei;
() trabalhar com a mesma intensidade;
() ficar por longo período em pé;
() apto a movimentar todos os membros do corpo;
() sentar e/ou levantar;
() subir escada e/ou rampa;
() consegue carregar ou levantar a mesma massa (peso);
() dirigir sem auxílio e/ou sem adaptação em veículo;

Outros: _____

- 8 – Em razão da debilidade causada no acidente, a parte periciada necessita de permanentes cuidados médicos ou enfermagem?



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

9 – Explicar adequadamente os limites da incapacidade da parte periciada, levando em consideração as suas peculiaridades biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais.

10 – Requer seja juntado pelo o perito as mídias audiovisuais e/ou fotos da parte do corpo fraturada no sinistro, assim como adotada na Justiça Federal e Justiça do Trabalho.

11 – Queira o Sr. Perito acrescentar todas as informações que possa interessar ao estado de saúde da parte periciada.

Deste modo, uma vez apresentado os quesitos, pugna pelo normal prosseguimento do feito, como medida de inteira justiça.

V - DO PEDIDO

Em face de todo o exposto, requer seja julgada a presente ação ordinária integralmente procedente, tudo para o fim de condenar a Ré a pagar a parte Autora o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e quarenta e cinco reais) a título de indenização por invalidez referente ao seguro obrigatório DPVAT, com as devidas atualizações e corrigido monetariamente da data da liquidação do sinistro, e juros legais da data da citação, até a data do efetivo pagamento.

Requer a concessão do benefício da gratuidade de justiça, com fulcro na Lei 1.060/50, por não possuir a parte autora condições de arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios sem prejuízo do seu próprio sustento ou de sua família;

Requer, a citação da Ré, por oficial de justiça, no endereço declinado no início desta exordial, para, querendo, comparecer a sessão de conciliação e/ou contestar os termos da presente ação, sob pena de revelia, a qual deverá ser julgada totalmente procedente para os fins e propósitos acima indicados, com a aplicação à Ré das sanções da sucumbência judicial e honorários de advogado, estes na base de 20% (vinte por cento) do valor total da condenação.

Havendo nomeação de perito judicial, requer seja respondido os quesitos pelo o expert.



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direitos admitidas, tais como documental, testemunhal, pericial se necessário for, depoimento pessoal do representante legal do requerido, e demais que se fizerem necessárias à boa instrução do presente feito.

Dá-se à causa o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e quarenta e cinco reais), meramente para efeitos fiscais.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Boa Vista-RR, 11 de abril de 2019.

VALDENOR ALVES GOMES

OAB/RR nº 618

ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES

OAB/RR nº 1358



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

PROCURAÇÃO

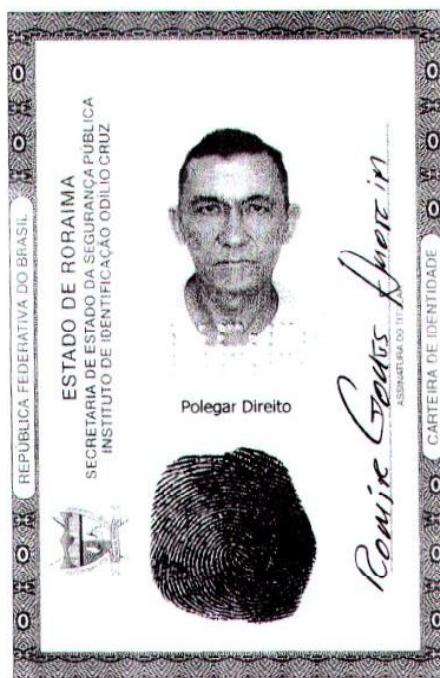
OUTORGANTE: ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o n° 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES** advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o n° 1358, ambos com escritório profissional situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, n° 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 10 de setembro de 2018.

ROMIR GOMES AMORIM





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/02/2019 08:38 Data/Hora Fim: 06/02/2019 08:56

Origem: Polícia Judiciária Data: 06/02/2019

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 22/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Pará

Ponto de Referência: Ponte de cimento da rua da vala.

Tipo do Local: Via Pública

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

Bairro: Dos Estados

GENTE SEGURADORA S/A

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ROMIR GOMES AMORIM (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 01/02/1964

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Maria da Consolação Gomes da Silva

Nome do Pai: Rafael Gervásio Amorim

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 56999

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 164.124.602-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Deusdeth Coelho

Nº: 2351

Complemento: Casa

Bairro: Paraviana

Telefone: (95) 99164-4186 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade	1 Unidade
Situação	Envolvido, Meio Empregado		
Nome Envolvido	Envolvidos		

Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 06/02/2019 08:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002724/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, dia e local descritos acima, quando trafegava a pé, estando atravessando à referida rua, onde veio a ser colidido por uma motocicleta. Que desmaiou e sofreu lesões corporais vindo a ser socorrido pelo SAMU. Que em virtude do seu desmaio não sabe informar se o condutor da motocicleta permaneceu no local ou evadiu-se. Que posteriormente ficou sabendo que à motocicleta tratava-se de uma HONDA/TITAN DE COR VERMELHA. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Por fim, informa que este registro é para fins de recebimento do seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042400908
Responsável pelo Atendimento

DAT
06 FEV. 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFIRADOR

Romir Gomes Amorim
Romir Gomes Amorim
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação de Fato de Crime contra a Administração Pública, da Constituição da República e do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cipriano Júlio Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

Ato Declaratório

Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Laranja
Amarelo
Verde
Azul

() Laranja
() Amarelo
() Verde
() Azul. Ass.

Laranja
Amarelo
Verde
Azul-Asa

Impresso por: **sousa**
Data Hora: 22/10/2018 22:03:41

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: **sousa**

Impresso por: sousa

Impresso por: **sousa**

1628

Carta de Entrega de paciente

Centro de Salud a presente
Cada paciente producirá Original
título de su paciente ante Hospital

○

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 12)

<http://10.102.5.252:8888/IS4/s4//1ECE0A9A-0FAE-4459-B1EC-833E4EDC0417.html>

22/10/2018

14

... Guia de Atendimento 17 ...



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

220-3

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

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

14
11.00h

1801025729

22/10/2018 22:03:07

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente ROMIR GOMES AMORIM	Data Nascimento 01/02/1964	Idade 54 A 8'M 21 D	CNS 700905974078396	CPF 16412460225	NOTA ÁREA DE SINISTROS - DIAVAT PRONTUÁRIO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
Tipo Doc PIS-PASEP	Documento 56999	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão 21/05/2009	Sexo M	Estado Civil NAO	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe MARIA DA CONSOLACAO GOMES DA SILVA								Contato (95) 99166-3246
Endereço RUA - ROBERTO COSTA - 272 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR								Ocupação AUTÔNOMO
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	GENTE SEGURADORA/SIA Sis. Previd. An. Capitão Júlio Cezar - 104 - Boa Vista - RR			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.				Registrado por: Sousa	
Quelxa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Acidente de Motocicleta</i>								
Anamnese de Enfermagem Trancou na Fazenda	GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 15							
Exame Físico Dependente Proximal	ACU							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO <i>Dependente Fazenda</i>				APAGAMENTO	OBSERVAÇÃO			
<i>ATendeceu</i>				<i>12/10/2018</i>	<i>12/10/2018</i>			
Conducta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Atendeceu</i>	<p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Eng. Eduardo Gomes, 3/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO</p> <p><i>31/10/2018</i></p> <p>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Eng. Eduardo Gomes, 3/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO</p> <p><i>31/10/2018</i></p>							
Óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica	Certifico e/ou devo que a presente cópia é de reprodução Original que foi feita neste Hospital					
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico					
<p>Impresso por: sousa Data Hora: 22/10/2018 22:03:41</p> <p><i>V. B. S. S.</i></p> <p><small>02/10/2018 - Software de Tecnologia Sist. - Integrado em Saúde CNPJ: 11.237.711-0028</small></p>								

Ortopedia

Paciente relata trauma contuso e doloroso.
Dorido durante os movimentos com moderação (8/10).
Migra dor local, sem náusis ou vômitos.

Rx : Fratura clínica (D)

OU: Frac. Transversa avulsiva + intertrigo.
Frangura M10.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Obs: Frac. C10.2, sem avulsão
no Hospital.





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Romér Gomes Lemos

IDADE: 50

REGISTRO:

BI/OCO:

ENFERMARIA:

P2

LEITO: 222-3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ort

PARA:

Caroli

Dados Clínicos:

ÁREA DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Capitão Júlio Dantas

3/11/16

Data

M

Médico

Cardiologo

C°, 84 ans

pe op fx ferur ①

UAS - Uzo (prev.) lentem
hctz

PA fne de Corte

180 x 100 mmHg

(pessoal)

medicamento (sic)

Sugiro a introduçao de Antihipertensivo de

Notifica: - não se moveu

Médico

desenv. exa. fone de P.R. Controle de

Dr. Ricardo Caputo Cardiologista
Medico Capto AMB
TELEFONE: 65-3211-1661
WCE

220-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		ROMIR GOMES AMORIM			
AGNÓSTICO		fx subtrocanterica de femur D			
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2
IDADE			LEITO	220-3	DATA
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				→ 5W
2	SF0,9% 500ML S/N EV				→ 5W
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HR				→ 10*
5	DIPIRONA 01 G EV DE 8/8 HS				→ 1A
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				→ 5W
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ 5W
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ 5W
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				→ 5W
10	CURATIVO DIÁRIO				→ Rohriva
11	SSVV + CCGG 6/6 H				→ gráfica
12	clexane 40mg sc 1x dia				→ 16*
13	cefalotina 1 g 6/6hr ev				→ 10*
14					ORIS
16					16
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	180x107	96		36,2C	
18 H	173x86	86		35,1	
24 H					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

12h. Verificadas SSVV e administradas medicações C.P.M. (turno matutino). Referiu algie intensa no MIE, local onde está colocado a ferula da fratura, após médico mexer na mesma. Realizada ITEM ①. Apresenta também PA ↑, sendo feito ITEM ③ (o mesmo faz uso também de LOSARTAN e HIDRO-CHORTIAZIDA). *liver*

220-2 F. 14

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DH	DN	
PACIENTE	Xomir Jenes Amorim			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO		DATA	50/10/18
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SM
2	AVP			manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			12 18 24 06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			lespr.
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			10 06 30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			15:30 01 30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	Fluconazol 150 (80) 1x ao dia.			16
14				
15				
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:				



SINAIS VITAIS	FR	FC	PA	TEMP
6 H	19	76	130/90	36,8°C
12 H	19	97	141/100	36,48
18 H	78		160/90	36,1
24 H	81		139/91	36,4

Pablo Caraballo Estrelanha Júnior
Médico CRM 32.92

18/10 para 20 em 2020
falta medicamentos e
e SS/VC Só que tem muitos bens

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Ronir Gomes Amorim			
DIAGNÓSTICO	FAUTURA SUBSTOVARIALETA FEMUR (D)			
ALERGIAS	NEGA	HAS	DM2	
IDADE	54a	LEITO	DATA	23/10/18
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SNP
2	AVP			manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			SUSPENSO
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			06:00 12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN, 21
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	CURATIVO DIARIO			Diariamente
12	SSVV + CCGG 6/6 H			SN
13	Clexane 40mg SC 1X/2018			06
14	Morfina 10mg + 9ml AD - 0.36 iv q1q1h. Se dor intensa. SN			Dr. M. Soares
15				Médico Residente
16				Ortopedia e Traumatologia
17				CRA 828/RR
18	AO GLOCO			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Adriana Ferreira Santiago
Clínica Enfermagem
1555-5011*

$$\begin{aligned} \text{JO: } & 30^h \\ \text{PA: } & K_{10}/100 \\ \text{P: } & 90 \\ \text{T: } & 36 \\ \text{R: } & 20 \end{aligned}$$

SINAIS VITAIS	P	T	A	Respiratória	Técnica En	COREN 035-350411
6 H	72	36.7	180/86			
12 H						
18 H	72	36.7	122x78			
24 H						

23.10.18

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula - aerosol () Gotícula - perdigotos		
Alergia: () Sim () Não	Qual (is):		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____			
() Sedado () Torposo () Comatoso	() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso	PA: _____			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Fíliiforme () Arrítmico	Pulso: _____			
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT				
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	ACEITAÇÃO DA DIETA: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente				
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido				
() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpântico				
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	RUIDOS HIDROAÉREOS: () Presente () Ausente				
() Acianótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não				
Úlcera por pressão: () Sim () Não	SISTEMA URINÁRIO / DÍURESE				
Região: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria				
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria				
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen				
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____	SISTEMA RESPIRATÓRIO				
() Sim () Não	() Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____		
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não () SNG	() Sim () Não				
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Siforagem			
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da instalação: _____	Trocárem: _____			
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	() _____			
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	() _____			
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() _____			
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	() _____			
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	() _____			
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____			
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____			
() Risco de constipação	() Risco de quedas	() _____			
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____			
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____			
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____			
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____			
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____			
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____			
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____			

14

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	RODRIGO GOMES ANDRADE			
DIAGNÓSTICO	Fratura submocanearia fêmur (B)			
ALERGIAS				
IDADE	HAS		DM2	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AVP			manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H (susp)			SUSP
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			29
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			12/14.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			24a 06.00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			14.00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	UEXANE 30mg SC 1x/00			16.00
14				
15				
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:				

AC 310-0

SINAIS VITAIS	TAX	FC	PA
6 H			
12 H	35,8 C	82	140x84
18 H	36,4 C	73	130/73
24 H	36,7 C	76	150x90

16.00 para nite no inho
fute 14.00 no dia e 55/60
medicam epm segun hor andamentos

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

14

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerosol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/gambeira			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC:				
() Sedado () Torposo () Comatoso () Normotenso () Hipotensão () Hipertensão					
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico					
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente () Míoticas () Midriática () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT					
() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes					
REGULAÇÃO TÉRMICA			ACEITAÇÃO DA DIETA: () Sim () Não () Parcial		
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico					
() Febril () Febre () Pirexia					
CARACTERÍSTICAS DA PELE			EVACUAÇÕES: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normal () Diarreia () Constipação () Melena					
() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada					
() Anictérica () Ictérica () Cianótica					
() Acianótica () Edema Local: _____					
Úlcera por pressão: () Sim () Não			FLATOS: () Presente () Ausente		
Região: _____			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia					
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			RULOS HIDROAÉREOS: () Presente () Ausente		
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____					
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____					
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não					
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropê					
Dreno de: _____					
Cateter Vesical: () Sim () Não					
Prótese: () Sim () Não					
Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____					
Data da Instalação: _____ Trocar em: _____					
Tipo: _____ Local: _____					

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição () Padrão respiratório ineficaz ()		
() Risco de nutrição desequilibrada () Déficit no autocuidado para alimentação ()		
() Risco de glicemias instáveis () Déficit no autocuidado para banho/higiene ()		
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Conhecimento deficiente ()		
() Volume de líquidos excessivo () Comunicação verbal prejudicada ()		
() Volume de líquidos deficiente () Risco de dignidade humana comprometida ()		
() Eliminação urinária prejudicada () Processos familiares disfuncionais ()		
() Risco de constipação () Risco de quedas ()		
() Diarreia () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ()		
() Incontinência intestinal () Dor aguda ()		
() Padrão de sono prejudicado () Dor crônica ()		
() Mobilidade física prejudicada () Náusea ()		
() Integridade da pele prejudicada () Risco de broncoaspiração ()		
() Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de infecção ()		
() Conforto prejudicado () Ventilação espontânea prejudicada ()		



Acompanhamento das Feridas

Protocolo nº 1	Versão:06	Lista de elaboração Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015		
ENF/LEITO: 14		

Nome: <i>Romir Góes Amorim</i>		ÁREA DE SINISTROS - UPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
DATA: 24/10/18	Localização / Região: <i>MTD</i>	DATA: 19 FEVEREIRO 2019	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II <i>Av. Capitão João Bezerra, 414 - Rio Verde - PR</i>	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Qualidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	25/10/18		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<i>Monica Reis Farias</i> Monica em Enfermagem COREN-PR 000000000004	<i>Ara Camila da Silva Góes</i> Téc. em Enfermagem COREN-PR 000000000002	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Popovici, Anna, Municipio			
DIAGNÓSTICO	Fratura subfascial e de joelho (L2)			
ALERGIAS				
IDADE	HAS	DM2	27/01/19	
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AVP			Manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			18:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			24:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			06:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSVW+CCGG 6/6 H			16:00
13	Popovici, Anna, Municipio 1x00 ab.			16:00
14				16:00
15				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16				
17				
18				19-FEV-2019
19				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, G 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			GENTE SEGUROADORA S/A Av. Ceará, 1000 - Centro, 401 - Rio Branco - RR
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
PA Fe FR T SINAIS VITAIS 6 H 145/80/4 72 18 35.2 12 H 140/80/82 76 36.0 18 H 135/80/80 78 35.3 24 H				
Dr. Palti, Anna, Municipio, 14-03 180/125/82 - 36.3°C 21:30 Realizada troca de AN Poliésterina.				

25.10.18

14

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo: () F () M
Procedência: Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																		
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____																																																																																																
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso PA: _____																																																																																																
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico Pulo: _____																																																																																																
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																																																																		
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT																																																																																																
() Isocóricas	() Anisocóricas	() Não reagentes	Acetação da dieta: () Sim () Não () Parcial																																																																																																		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Normal () Diarreia () Constipação () Melena	(19) FEV 2019																																																																																																	
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente																																																																																																		
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL <small>ESTE SEGURADORA S/A</small>																																																																																																		
() Hiperpirexia			CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido			() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico			() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruídos Hidroáreos: () Presente () Ausente			() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			() Acianótica	() Edema Local: _____		SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria			Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____	() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória						() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____			Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____			Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não						Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem				Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____				Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____				Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido																																																																																																		
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico																																																																																																		
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruídos Hidroáreos: () Presente () Ausente																																																																																																		
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não																																																																																																		
() Acianótica	() Edema Local: _____		SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria			Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____	() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória						() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna			CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES						Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____			Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____			Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não						Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem				Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____				Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____				Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____																														
SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																																																																		
() Eupneico	() Bradipneico	() Taquipneico	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria																																																																																																		
Oxigenoterapia	() Sim () Não	Qual: _____	() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória																																																																																																		
			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna																																																																																																		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES																																																																																																					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____																																																																																																		
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____																																																																																																		
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não																																																																																																					
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem																																																																																																			
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____																																																																																																			
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____																																																																																																			
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____																																																																																																			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	() _____			
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	() _____			
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() _____			
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	() _____			
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	() _____			
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____			
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____			
() Risco de constipação	() Risco de quedas	() _____			
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____			
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____			
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____			
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____			
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____			
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____			
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____			

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO
SEU CÓDIGO
0007571-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

CONTA MÊS **VENCIMENTO** **CONSUMO (KWh)** **TOTAL A PAGAR (R\$)**

DEZEMBRO/2018	16/01/2019	228	218,50
---------------	------------	-----	--------

MARIA DAS GRACAS DA SILVA AMORIM
R. DEUSDETE COELHO 2351 PARAVIANA
CPF: 00007462816253
CEP: 69.307-273 - BOA VISTA ROT: 13.001.04.07.497500

DADOS DA LEITURA **KWh** **KVAh** **DATAS DA LEITURA**

Atual:	9199	Atual:	31/12/2018
Anterior:	8971	Anterior:	30/11/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	31/01/2019
Consumo Medido:	228	Emissão:	28/12/2018
Consumo Faturado:	228	Apresentação:	31/12/2018

DADO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB054360	1610362	1.1.1.2	263

HISTÓRICO KWh **DESCRIPÇÃO DA CONTA**

Mês/ano consumo	CÓSMO	228 A R\$ 0,791912 =	180,55
NOV/18	383	ILUMINACAO PUBLICA	37,95
OUT/18	537		
SET/18	332		
AGO/18	254		
JUL/18	213		
JUN/18	161		
MAI/18	174		
ABR/18	221		
MAR/18	206		
FEV/18	167		
TRIFIA SEM TRIBUTOS:	0 A 228 - 0,534620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 28/12/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO E986.599F.ECD8.B636.7FAD.EFEB.9E9F.E651

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ **IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$**

44,79	180,55
Distribuição:	Base de Cálculo:
94,98	Aliquota ICMS:
Energia:	17,00%
Transmissão:	Valor do ICMS:
0,00	30,69
Encargos:	Valor do PIS:
4,93	0,91
Tributos:	Valor do COFINS:
35,85	4,25

INFORMAÇÕES DE CONTINUIDADE

6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
2,07			10,00			0,55
CENTRO				10/2018		
13.001.04.07.497500				11/2018		

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

SEU CÓDIGO
0007571-0 **TOTAL A PAGAR - R\$**
218,50 **CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

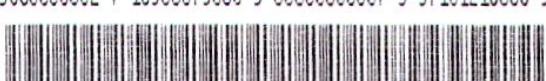
MÊS FATURADO **VENCIMENTO**

12/2018	16/01/2019
002099431	FCAM

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

83660000002 7 18500075000 9 00000000007 5 57101218008 9

SEQ.: 00092 UC: 0007571-0 DT.LEIT.: 31/12/2018 T.ENTR.: 07
LEITURA: 9199 NORMAL TOTAL: 218,50 CARGA: 013
DT.VENC.: 16/01/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1333



GENTE SEGURADORA S/A



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190153484

Vítima: ROMIR GOMES AMORIM

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROMIR GOMES AMORIM

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

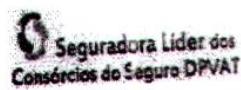
Estamos aqui para Você

ZUMLATINA - CNU - DIREITOS HUMANOS



Carta nº 13997642

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



DENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062102/19

Vítima: ROMIR GOMES AMORIM

CPF: 164.124.602-25

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: ROMIR GOMES AMORIM

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ROMIR GOMES AMORIM : 164.124.602-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de regras prevista na lei 6194 / 74.
Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019
Nome: ROMIR GOMES AMORIM
CPF: 164.124.602-25

ROMIR GOMES AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

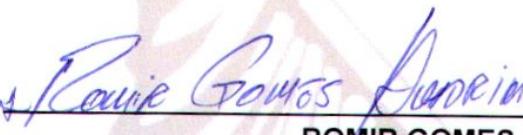
OUTORGANTE: ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 10 de setembro de 2018.


ROMIR GOMES AMORIM

3

11/04/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 11/04/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4^a Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

Data: 11/04/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

11/04/2019: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 11/04/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

11/04/2019: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 11/04/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

15/04/2019: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 15/04/2019

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI
DO CENTRO CÍVICO, 666 - , Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0811342-65.2019.8.23.0010

Classe Processual: Procedimento Ordinário

Assunto Principal: Seguro

Valor da Causa: : R\$9.450,00

Autor(s)

ROMIR GOMES AMORIM

Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, CEP: 69.307-273 , 2351 - Paraviana - BOA VISTA/RR - CEP: 69.307-273

Réu(s)

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL

(CPC: Art. 203, §2º)

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte Requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mas futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte Requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A *finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade*” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.



06. Constatou que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da hipossuficiência do consumidor, assim, inverto o ônus da prova (CDC: inciso VIII, art. 6º).

07. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

08. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

09. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**.

10. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

11. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

12. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

13. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

14. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

15. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

16. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

17. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

18. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da

data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

19. Cite-se. Intimem-se. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema Projudi.

Jarbas Lacerda de Miranda
Juiz de Direito Titular da 4^a Vara Cível
(Assinado digitalmente)

