

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2392335620190702094537****Processo 0816103-42.2019.8.23.0010  - (35 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)																																																																
Reais																																																																					
Realizar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																																					
Filtros																																																																					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																																																																					
14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14																																																																					
500 por pág. 1 <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>14</td><td>02/07/2019 09:45:37</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td></td><td></td><td>14.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO, 14.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO,</td><td>2608988PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 26/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019) e ao evento de expedição seq. 12.</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td>13</td><td>26/06/2019 16:21:36</td><td>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)</td><td>EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário</td></tr><tr><td>11</td><td>25/06/2019 16:54:57</td><td>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de VENILSON BATISTA DE ANDRADE com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)</td><td>EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário</td></tr><tr><td>+ 10</td><td>25/06/2019 16:54:44</td><td>EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(12/06/2019 17:26:52). Identificador do Cumprimento: 0001.</td><td>EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário</td></tr><tr><td>+ 9</td><td>12/06/2019 17:26:52</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td>8</td><td>01/06/2019 09:50:04</td><td>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 03/06/2019 referente ao evento de expedição seq. 7.</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td>+ 7</td><td>30/05/2019 15:02:32</td><td>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis</td><td>EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário</td></tr><tr><td>+ 6</td><td>29/05/2019 15:26:42</td><td>CONCEDIDO O PEDIDO</td><td>EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado</td></tr><tr><td>5</td><td>27/05/2019 16:48:15</td><td>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>4</td><td>27/05/2019 16:48:14</td><td>RECEBIDOS OS AUTOS</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>3</td><td>27/05/2019 16:48:13</td><td>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>2</td><td>27/05/2019 16:48:13</td><td>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível</td><td>SISTEMA CNJ</td></tr><tr><td>+ 1</td><td>27/05/2019 16:48:11</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td><td>MARLON TAVARES DANTAS Advogado</td></tr></tbody></table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	14	02/07/2019 09:45:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			14.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO, 14.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO,	2608988PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF Público			LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 26/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019) e ao evento de expedição seq. 12.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	13	26/06/2019 16:21:36	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário	11	25/06/2019 16:54:57	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de VENILSON BATISTA DE ANDRADE com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário	+ 10	25/06/2019 16:54:44	EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(12/06/2019 17:26:52). Identificador do Cumprimento: 0001.	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário	+ 9	12/06/2019 17:26:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	8	01/06/2019 09:50:04	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 03/06/2019 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	+ 7	30/05/2019 15:02:32	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário	+ 6	29/05/2019 15:26:42	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado	5	27/05/2019 16:48:15	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ	4	27/05/2019 16:48:14	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ	3	27/05/2019 16:48:13	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ	2	27/05/2019 16:48:13	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ	+ 1	27/05/2019 16:48:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																																																		
14	02/07/2019 09:45:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																																		
		14.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO, 14.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO ALVES BARBOSA FILHO,	2608988PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF Público																																																																		
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 26/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019) e ao evento de expedição seq. 12.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																																		
13	26/06/2019 16:21:36	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário																																																																		
11	25/06/2019 16:54:57	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de VENILSON BATISTA DE ANDRADE com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário																																																																		
+ 10	25/06/2019 16:54:44	EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(12/06/2019 17:26:52). Identificador do Cumprimento: 0001.	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário																																																																		
+ 9	12/06/2019 17:26:52	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																																		
8	01/06/2019 09:50:04	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 03/06/2019 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																																		
+ 7	30/05/2019 15:02:32	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILALINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciário																																																																		
+ 6	29/05/2019 15:26:42	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado																																																																		
5	27/05/2019 16:48:15	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ																																																																		
4	27/05/2019 16:48:14	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ																																																																		
3	27/05/2019 16:48:13	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ																																																																		
2	27/05/2019 16:48:13	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ																																																																		
+ 1	27/05/2019 16:48:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado																																																																		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08161034220198230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VENILSON BATISTA DE ANDRADE**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

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

No mais, requer a juntada dos inclusos documentos que comprovam o pagamento efetuado em sede administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 28 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 00000063025-7

Nr. da Autenticação 4054AC0AFB10BF70

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314001 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. 4/ 15

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314001 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. 4/ 15

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**



1800957065	26/05/2018 18:27:54	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	29	
Paciente VENILSON BATISTA DE ANDRADE	Data Nascimento 15/07/1987	Idade 30 A 10 M 11 D	CNS	CPF	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 259467	Órgão Emissor SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Sexo M	Estado Civil PARDA	Naturalidade NACIONAL	
Mãe ALCANJA BATISTA DE ANDRADE	Pai	Contato				
Endereço - RUA JAIR DA SILVA MOTA - 83 ---	Ocupação NÃO INFORMADA					
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	
Selos GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA	Procedimento Sol.	Registrado por: Sousa			
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	GSC AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					TOTAL
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - _____._____.h)	Pte vítima de acidente motox fronte , refém. DOR em peito ①.					
Exame Físico	NSC DE OK.					
Hipótese Diagnóstica	Ex am peito ①.					
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIO-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 ① Salbutamol 40mg ② Diprostone 2ml			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revisão <input type="checkbox"/> Transferência para:					
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: sousa Data Hora: 26/05/2018 18:33:45	08 MAI 2018					

Orthopédia - Dr. Jonathas Lops

Painel metálico da madeira de tronco

Brinco afunilado em madeira rústica (D)

Ao Dr. Amorim Fx Cxg tubo (D)

cd. Ato CC

Dr. Thiago Mendes
Médico Residente
Resposta à Trauma
CRM-RJ 2000

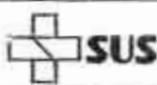


ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2011

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Crispim Júlio Belarmino, 484 - São Vicente - SP

BLOCO B



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Venâncio Batista Pe Andrade

6 - N° DO PRONTUÁRIO

166089

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/82

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Alvânia Batista de Andrade

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Guir da Silva Mata - 83

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bonito

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

54810

17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Panste urin fxi exp a tubo (D)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 MAI 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Therapêutica

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Bonito - MS

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 5/N
Novo Boa Vista, Tel (55) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

19 SET 2019

Certifico e Dou Fé que a presente

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS
Cópia é feita do laudo de internação
que foi apresentado neste Hospital

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

EF + Rx

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx Exp de tubo (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CÓDIGO DE CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomítria de Fx exp tubo (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

38 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Tomás

Assinatura

Carimbo

Conselho de Medicina

Conselho de Odontologia

Conselho de Farmácia

Conselho de Psicologia

Conselho de Enfermagem

Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Conselho de Psicopedagogia

Conselho de Psicopedagogia e Psicopedagogia Especializada

Conselho de Psicopedagogia e Psic



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26/05/18 O.S. _____

*Venilson Batista De
Andrade*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de tibia (1)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Intervento limpeza fratura de tiba (2)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Limpesa

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

O

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Dr. Jonathas

1º AUXILIAR: Dr. Pablo R.

2º AUXILIAR: Dr. Edinachi R.

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTA: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. BMG: Eduardo Gómez, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

1. Paciente em D.D.H

2. Antibiótico + Keppar
3. Colocação de lampas esterilizadas

4. Incisão anterior - medial planar (1) é feita face aban-

5. Fratura

6. Fratura aberta + fratura de Malherab. Sutura

7. L.M. &

8. Sutura

9. RP.A

ÁREA DE BIMISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Conselheiro João Belchior, 484 - Rio Branco - RO

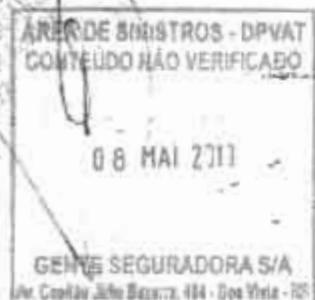
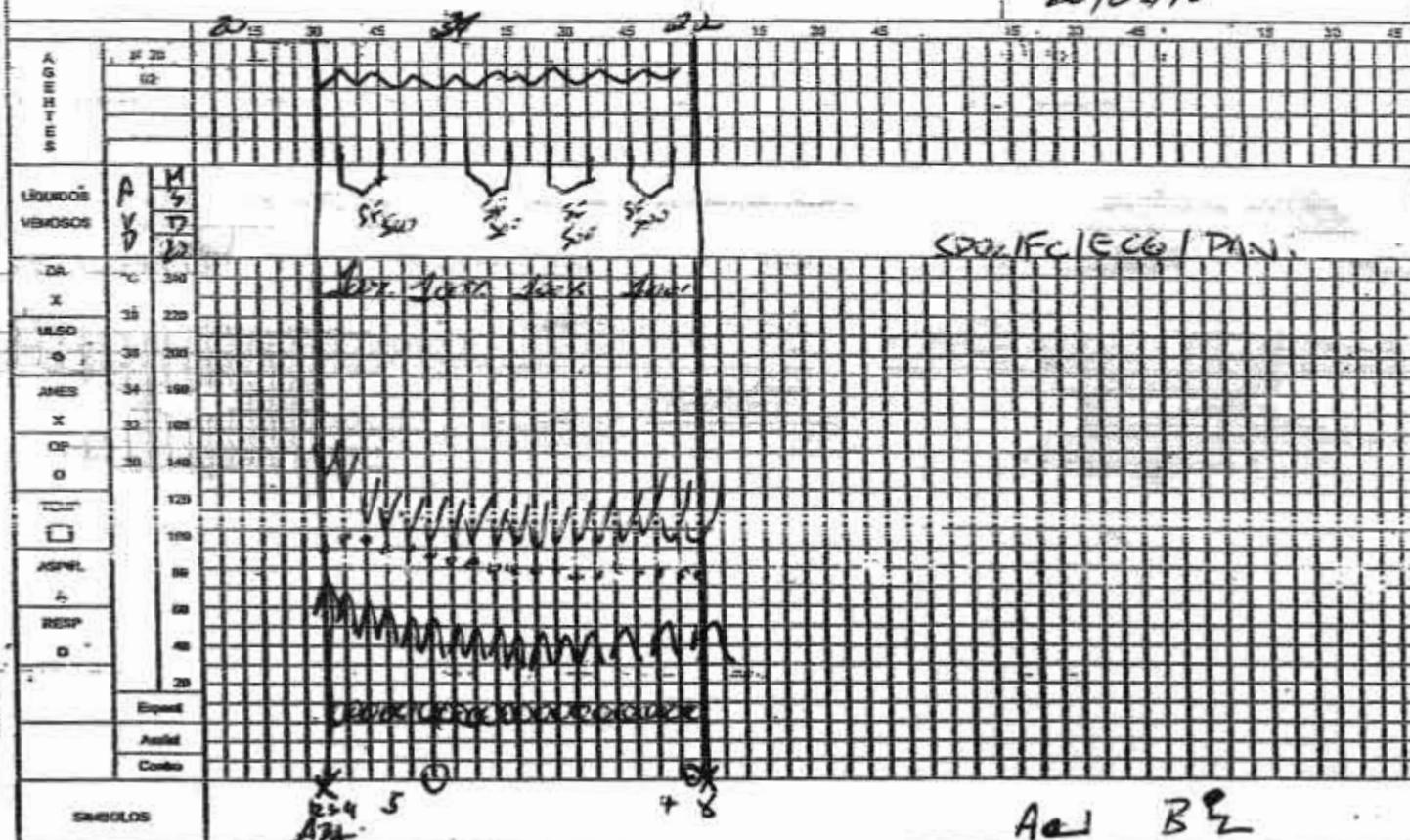
*Dr. Jonathas J. L. P. G.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Orto. Cir. 16272
CRM-RN 17542 CRM-SP 16272*



Vernerson Batista de Andrade.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Boe V.s to
26/10/13



NOTA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NAME DO PACIENTE Enilson Batista de Andrade	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 26/10/18		
CIRURGIA					
TIPO Desossintese da Fratura exposta à ossos da perna (6)	TEMPO DE DURAÇÃO				
	INICIO 20:38	FIM 22:00	TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
DRURGÃO Dr. Jhonata	ANESTESISTA: Dr. Edino				
DR AUXILIAR Dr. Pablo	RES. ANESTESIA: Dr. Mauricio Ribeiro				
DR AUXILIAR	INSTRUMENTADOR Cláudia				
TIPO DE ANESTESIA: Locais 20:30	CIRCULANTE Cláudia				
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	00000		FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	500,00
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	Torneirinho 3 dias	
1	SERINGA 01ML		1	Equipo mágico	
1	SERINGA 03ML		1	furo nº 20	
1	SERINGA 05 ML		1	Algodão 20 cm	
1	SERINGA 10ML		1	Topico 100-100 ml	
1	SERINGA 20ML		1	Clorhexidina 100 ml	
1	Eletrodo		1	Alcool 100-100 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Stefanie Erica	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
INCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA Elizangela H Cláudia	TAXA DE SALA	
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

08 MAI 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, Jefé Bezerra, 1111 - São Vicente - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bmg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
19 SET. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fidel Reprodução Original

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
ANTES DA INCISÃO	
ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES	

Mama
Hemelén Batista de Andrade
Responsável: Ingrido
Endereço:

Anestesista Edine

ENTRADA (Sala Pre-Anestesiada)	
PACIENTE CONFIRMOU: <input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento <input type="checkbox"/> Consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO: <input type="checkbox"/> 08 MAI 2014 <small>Verificações feitas: Até 08 MAI 2014: 40% São Válidas</small>	
PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatoria)	
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> 08m <input type="checkbox"/> Não	
CIRURGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:	
<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sírio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento	
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA (CÍNCLINE)	
OXIMETRÍA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO	
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:	
VEREVISÃO DO CIRURGIAO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, interrupção da operação e perda sanguínea prevista.	
VEREVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente	
VEREVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentos, próteses e outros estão presentes e dentro da validade, esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.	
O PACIENTE POSSUI:	
ALERGIA CONHECIDA <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual:	
RISCO DE ASPIRAÇÃO:	
<input checked="" type="checkbox"/> Nível 1: Siso, e equipamento/assistência disponível <input checked="" type="checkbox"/> Nível 2: Siso, e equipamento/assistência disponível	
RISCO DE INJERA SANGUÍNEA > 500 ml	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e uso endovenoso de fluidos e planejamento para fluidos	

SAÍDA (Sala Pos Operatoria)	
OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:	
1. O NOME DO PROCEDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
(O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE)	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica Qual: _____ Hora: _____	
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Sig. Prof. Dr. G. J. Almeida
Enfermeira
CREF/RR 67770

Assinatura e Carimbo

Data: 26/05/18

Assinatura

Hora: 20:30



217-1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Viviane Reis da Piedade		
DIAGNÓSTICO	Fx Esp Tibia (R)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	NEGA
IDADE	LEITO	DATA	26/05/18
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		
4	TILATIL 20mg 12/12hs		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA (S)		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		
14	CURATIVO DIARIO		
15	Gentamicina 240 mg CV 1x dia		
16	Ceftriaxona 1g CV 12/12h 06 18		
17			
18			
19			
20	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</u> <u>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</u> <u>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</u> <u>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>		

Evolução médica:

Ao L. para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2011

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Confúcio Júnio Barreto, 434 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 21-0620
AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, fil. Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS	T.A.	F.P.		
6 H	137/97	101		
12 H				
18 H				
24 H				

217-1



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA**



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Unifacem Est. 7000 de outubro.</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>Fractura exp. fíbula (D)</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>22/05/18</i>
ITEM	PREScrição		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>7 a.m.</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>7 a.m.</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		<i>7 a.m.</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		<i>7 a.m.</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>7 a.m.</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>7 a.m.</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>7 a.m.</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		<i>7 a.m.</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>7 a.m.</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H		<i>7 a.m.</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		<i>7 a.m.</i>
14	CURATIVO DIARIO <i>7 a.m. - 10 a.m.</i>		<i>7 a.m.</i>
15	<i>Unifacem c/ ml 240 ml (EV) 1x ao dia 24h</i>		<i>7 a.m.</i>
16	<i>Cefalotina c/ ml 600 mg 6/6 horas (EV)</i>		<i>7 a.m.</i>
17	<i>Tilatil 40 mg 1x (SC) 1x ao dia</i>		<i>7 a.m.</i>
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PI ANTÔNISTA		
		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTÉNUO NÃO VERIFICADO	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

10h realizados
exames
em MID + M5 D.
Ex. Fisiológico



SINAIS VITAIS	PA	F	PR	T
6 H	140/80	90	20	36,1
12 H	164/112	92	23	36,1
18 H	137/98	92		36,3
24 H	140/86	86		36,5

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Júlio Roberto Lima da Silva
Médico em Enfermagem
COREN-RR 487.361-1F

*Medicamento: 20g de zinco
e P.M.
Marizelma Samperio Ferreira
COREN-RR 754419 TE*



217-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE	VENILSON BATISTA DE ANDRADE			
AGNÓSTICO	FX TIBIA DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	30	LEITO	217-1	DATA 28/05/2018
ITEM	PREScriÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		→ 5W	
2	AVP		→ Manhã.	
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H		→ 12h 1P	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N		→ DSW	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)		→ 5W 12h 2P	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR-INT		→ 5W	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		→ 5W	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O		→ 5W	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		→ 5W	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		→ DSW	
11	CURATIVO DIÁRIO		→ Frotina	
12	SSVV + CCGG 6/6 H		→ Dmoxif. contíp. 08	
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)		→ 16h 1P	
14			1P	
15				
16				
17				
18				
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, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

# PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO		
SINAIS VI	PA	FC	FR	TEMP
6 H	62/30	102	-	36.8
12 H	86x58	102	-	35.4
18 H	140x85	104	-	35.6
24 H	120 / 70	68	-	36.4

Dr. Odineuchi Okemiri
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1851/RP
 Dr. Odineuchi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - São Vieira - RR

217-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAI
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMAT



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	15/07/1987
------------------	-----	----	------------

PACIENTE VENILSON BATISTA DE ANDRADE

AGNÓSTICO FX TIBIA DIREITO

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

IDADE	30	LEITO	217-1	DATA	29/05/2018
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	AVP	DIA NITE
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	CRIS 22-18-29/6
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	5 AM 10 AM
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)	11:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O.	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
11	CURATIVO DIÁRIO	M
12	SSVV + CCGG 6/6 H	R.D. 01.10.18
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)	S/N
14		
15		
16		
17		
18		
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, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Conselheiro Júlio Bezerra, 434 - Bop Faz - RS

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	125/75	88	-	-
12 H	154x89	98	-	36,4°C
18 H	145/75	111	-	36,6°C
24 H	120x90	100	-	36,5°C

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 125.1/R

Dr Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

06:00 Realizado exame de R.R.
Marinalda S. Richa
Aux. Enfermagem
COREN: 043001646

NP



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	15/07/1987
PACIENTE VENILSON BATISTA DE ANDRADE				
AGNÓSTICO FX TIBIA DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	30	LEITO	217-1	DATA 01/06/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S N D
2	AVP			100 mg 3x/dia
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H			12 - 18 24 06
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			S N
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)			S N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT			S N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S N
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O			06
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PÁS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S N
11	CURATIVO DIÁRIO			M
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Retirar
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)			S N
14	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6HRS			34 20 02 DR
15	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (30/05/18)			16
16				
17				
18				
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, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : NAO

SINAIS VÍ	PREVISÃO DE ALTA				SEM PREVISÃO
	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
10 H	146x90	105	-	36°C	
18 H					
24 H					

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

Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bresser, 444 - São Vicente - SP

217 - 1



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Venilson Batista De Andrade, 30^o ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 26/05/18, COM
 DIAGNÓSTICO DE Fratura Esquerda Tibia (1)

NO DIA 26/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Fratura, Cirurgia Tibia (1) SENDO
 OPERADO PELO DR. José das E DR. Pablo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 01/06/18, AS 12,00 h-s, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 15/06/18, AS 14,00 h-s, COM 0
 DR. Pablo

ÁREA DE SINISTROS - BPVAT
 CORTEUDO RAO VERIFICADO

ORIENTAÇÕES GERAIS :

08 MAI 11

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gómes, S/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
13 SET. 2018
Certifico-e-Dou-Pôr que a presente Cópia é da Reprodução Original que foi apresentado neste

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Adinachi Okamoto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 186111R

BOA VISTA, 01,06,18

MÉDICO

D



VENILSON BATISTA DE ANDRADE 14199

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/12/2018

Cloudoalda

61.7 %

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados da Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido nesse documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação nas atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FATO - FONDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

165.58732.16-6

NUMERO

3446633

SÉRIE

002-0

RR

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

150711987

NAME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

LOC. DE NASC.: VITORINO FREIRE - MA
MUNIC.: VALDECY DUTRA DE ANDRADE
ALCANIA BATISTA DE ANDRADE
DOC. APRESENTADO: RG 259467 SESP RR

SOLTEIRO

ESTADO CIVIL

11/07/1980 DE 18 DE MAIO DE 1986

RG: 259467
TITULAR: 003562862674
SEÇÃO: 157

DATA: 000.286.612-90

2004 3

LOCAL DA EMISSÃO: SETRABES/SINE/IRR
EMISSÃO: 21/12/2007

RESERVA DA EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

PARA

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

MOTIVO

A: CASAMENTO | C: DIVÓRCIO | E: RECONHECIMENTO DE PESSOA DE IDADE | G: DATA DE NASCIMENTO
B: SEPARAÇÃO | D: ADOPÇÃO | F: MUDANÇA VOLUNTÁRIA

L E G E N D A





**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

08 MAY 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Constantino Nogueira, 434 - São Paulo - SP

FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SAN Equipe: helo Rio Célio Magno
 Paciente: Vinícius Batista de Andrade Idade: 30a Sexo: M
 Endereço: Rua José Félix Correa - Operário

Nº 9419 DATA 26/05/18 HORA: 17:34 // 17:44

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:

Slysson

MOTIVO: SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

Cinto: SIM NÃO
 Vítima: projetada encarcerada
 Air Bag: SIM NÃO
 Motorista: _____
 Passageiro: dianteiro traseiro
 Capotamento
 Atropelamento
 Colisão _____

MOTO:

Condutor
 Carona
 Capacete: SIM NÃO
 queda
 Atropelamento
 Colisão _____

VIOLENCIA

FAB
 PAF
 Espancamento _____
 Violência Doméstica
 Violência Sexual
 Tentativa de suicídio
 Outro: _____

OUTROS

Ac. De Trabalho Local Trajeto
 Queda, Altura aprox.: _____
 Acidente Doméstica _____
 Queimadura Agente _____
 Agressão p/ animal _____
 Outros: _____

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

Dispnéia
 Bradipneia
 Taquipneia
 Resp. Ruidosa
 Obstruída
 Apnéia
 Outro: _____

Ventilação

M.V. Diminuído _____
 M.V. Ausente _____
 Hipertimpanismo _____
 Maciez _____
 Ferida Aspirativa _____

Circulação

Bradicárdico _____
 Taquicárdico _____
 Arritmias _____
 Enchimento capilar acima de 2'
 Ausente _____

Aval. Neurológica

AVDN _____
 Moxe _____
 Midriase _____
 Anisocoria _____
 Otorreia _____
 Otonagia _____
 Rinonagia _____
 Aparentemente alcoolizado _____
 DNV _____

(A)

Stolt

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

SINAIS VITais E ESCORES

Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Inicio	180 / 90	101	18	97				05 MAI 2018
Fim	184 / 92	86	18	99%				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele

Corada _____
 Quente _____
 Pálida _____
 Fria _____
 Úmida _____
 Seca _____
 Cianótica _____
 Penetrante _____

Cabeça

Contusão _____
 Escoriações _____
 Lacerção _____
 Hematoma _____
 Afundamento _____
 Fer. _____
 Penetrante _____

Face

Contusão _____
 Escoriações _____
 Lacerções _____
 Ferimento ocular _____

Pescoço

Escoriações _____
 Lacerções _____
 Hematoma _____
 Desvio da traquéia _____
 Enfisema Sub-Cutâneo _____

Torax

Escoriações _____
 Lacerções _____
 Tórax instável _____
 Resp. paradoxal _____
 Tamponamento _____

Abdome

Escoriações _____
 Lacerções _____
 Distendido _____
 Em tábua _____
 Doloroso _____
 Evisceração _____

Membros

Contusão _____
 Escoriações _____
 Lacerções _____
 Luxações _____

Fratura

Fratura _____
 Amputação _____

Pélvis

Contusão _____
 Escoriações _____
 Dor _____
 Instabilidade _____

Columna Dorsal

Contusão _____
 Hematoma _____
 Dor _____

Membros

Contusão _____
 Escoriações _____
 Lacerções _____
 Luxações _____

Incidente

Stolt _____

AVALIAÇÃO CARDÍACA

Ritmo Sinusal _____
 Taquicardia _____
 Bradicardia _____
 Flutter _____

AFFECÇÃO CLÍNICA

Fibrilação atria _____
 Fibrilação ventricular _____
 Assistolia _____

HISTÓRIA PREGRESSA

Respiratória _____
 Neurológica _____
 Psiquiátrica _____
 Metabólica _____
 Cardiovascular _____
 Aborto _____

Digestiva

Infeciosa _____
 Obstétrica _____
 Pediátrica _____

Diabetes

HAS _____
 Medicina de uso _____

Alergias

Cardiopatia _____
 Outros _____

Outras

FRACNA _____

GRAVIDADE COMPROVADA

ILESO _____

SEVERA _____

MORTE _____

MÉDIA

INDEFINIDADA _____

OUTRO _____

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Mayra Duarte Sojo

Assinatura _____

Carimbo _____

UFSCAR _____

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 08 MAI 2013
---------	--	--	---

ENTRADA DO PACIENTE	Descrição: Nome do Receptor: Função do Receptor: Assinatura do Receptor:	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Ribeiro Barreto, 484 - Boa Vista - RS
TERMO DE RECUSAS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

Acionamento p/ ocorrência de acidente de moto x poste. Ao chegar no local o paciente encontrava-se deitado em decúbito lateral. Foi imobilizado com cinto cervical + mancha rígida + imobilização de M.I.D. Paciente no momento não se encontrava de capacete. Não tinha hálito etílico. Foi conduzido ao HGR/GT

		ESCALA DE COMA DE GLASGOW		ESCORE DO TRAUMA	
		Adulto	Menores de 5 anos		
Aberto Golpe Vital	Aberto	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	4
	Golpe	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	3
	Vital	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	2
		Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	1
Nível Respiratório Vital	Orientado	Balbucia	5	0	0
	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4
		Choro e dor	3	70 - 89	3
		Gemido e dor	2	50 - 69	2
Nível Respiratório Moto	Nenhum	Nenhum	1	01 - 49	1
		Movimentos espontâneos	6	0	0
		Retira ao toque	5	14 a 15	5
		Retira a dor	4	11 a 13	4
Extensão de dor	Flexão normal	Flexão normal	3	8 a 10	3
	Flexão anormal	Flexão anormal	2	5 a 7	2
	Extensão a dor	Extensão a dor	1	3 a 4	1
	Nenhum	Nenhum	0		

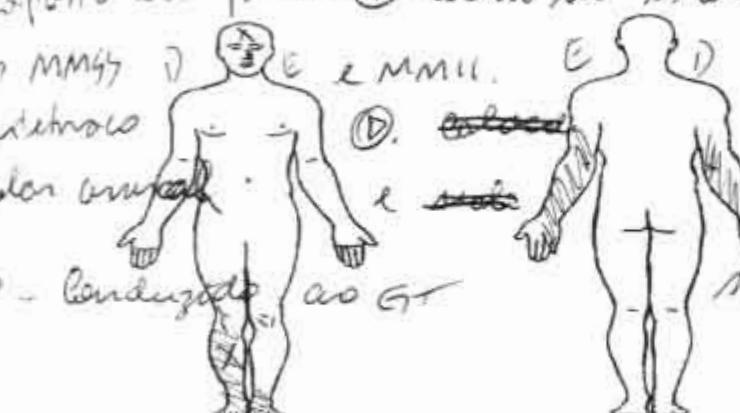
ESCALA DE GLASGOW

15

ESCORE DO TRAUMA

MS de Boa Vista
Enfermeira
CORONEL MOTA 310223-ENR

Acionamento para acidente de moto. Moto x poste. Encontro paciente deitado em rede sem capacete. Voz desmica. Apresenta fractura exposta em perna (D) além de escoriações difusas em ~~lado~~ ambos os MM's (D) e MMII. E (D) Apresenta provável poste colocado sobre mancha realizada imobilização de M.I.D. - Conduzido ao GT



(D) Apresenta provável poste colocado sobre mancha realizada imobilização de M.I.D. - Conduzido ao GT

Dr. Celso Wanderley Jr.
MEDICO
CRM-RR 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	Alcool	01 comprimido
Perda de líquido:	BCF:	Liquor	
[] Com cartão	[] Sem cartão	04 ataduras n.º 08	

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 20/07/18

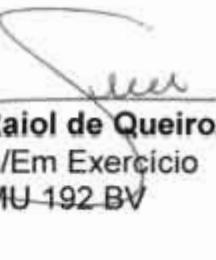
Stephanie



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o senhor **VENILSON BATISTA DE ANDRADE**, foi atendido por este SAMU Municipal no dia **26/05/2018**, ficha de atendimento nº 858, nº de ocorrência 9419, sendo que houve um equívoco do nome no momento do preenchimento da ficha de atendimento.

Boa Vista, 20 de Julho de 2018.


Simone Raiol de Queiroz
Diretora/Em Exercício
SAMU 192-BV





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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
conteúdo não verificado

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Ceará, 1111 - Centro - Boa Vista - RR

Nº: 005988/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/03/2019 10:06 Data/Hora Fim: 13/03/2019 10:24

Origem: Pessoa Física - Particular Data: 13/03/2019

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/05/2018 17:34

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Operário

Logradouro: Av. José Felix Correia

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VENILSON BATISTA DE ANDRADE (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade:MA - Vitorino Freire	Sexo: Masculino	Nasc: 15/07/1987
Profissão: Serralheiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Alcanja Batista de Andrade	Nome do Pai: Valdecy Dutra de Andrade		

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 259467

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Jair da Silva Mota

Nº: 83

Bairro: Asa Branca

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que na data, hora e local acima informado, estava na garupa da motocicleta Honda NRX 150 BROS ES, de placa NAZ-6140, de cor amarela, CHASSI 9C2KD03308R026876, Cód. Renavam 948201150, tendo como proprietária o Sr. Raimundo Rodrigues da Freitas, o qual estava conduzindo a motocicleta dia do sinistro. Que o Sr. Raimundo Rodrigues não possui Habilitação ou Permissão para conduzir veículos automotores. Que na ocasião, o Sr. Raimundo Rodrigues passou por cima de um buraco, o que o faz perder o controle da motocicleta, levando ambos a colidir com um poste de energia. Que o comunicante ficou lesionado, tendo sido levado ao HGR por uma equipe do SAMU. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005988/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Responsável pelo Atendimento
FIA7.042000925

Venilson Batista de Andrade
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu(a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e que não posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT

13 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão Júlio Braga 444 - Boa Vista - RR

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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190314001

Vítima: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

Data do Acidente: 26/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO SIMEAO ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VENILSON BATISTA DE ANDRADE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000063025-7

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

000.286.612-90

Nome completo da vítima:

Venilson Batista de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2010

Nome completo:

Venilson Batista de Andrade

CPF: 000.286.612-90

Profissão:

Autônomo

Endereço:

R. Jair Smetta

Número: 23

Complemento:

Bairro:

São Branca

Cidade:

Bar Vista

Estado:

SC

CEP: 69.362-268

E-mail:

Tel.(DDD): (051) 99154-6691

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

(13)

CONTA: 630.25

(7)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

08 MAI 2019

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

Vivos: _____

Falecidos: _____

nascituro (vai nascer)?

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



Local e Data:

Bra. Vista - RR 7, Maio 2019

Nome:

CPF:

^(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Venilson Batista de Andrade
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Vencino Simões Araújo
 Assinatura do Procurador (se houver)