

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)
<div>Resizes</div> <div>Realçar 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</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>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</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14					
500 por pág.		1			
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
14	02/07/2019 09:45:37	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO (25/06/2019)		Procurador	
		14.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2608988PETICAODEQUESITOSJUR01.PDF	Público
13	26/06/2019 16:21:36	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		(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.		Procurador	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		EGILAINE SILVA DE CARVALHO	
12	25/06/2019 16:54:57	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)		Analista Judiciário	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		EGILAINE SILVA DE CARVALHO	
		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)		Analista Judiciário	
11	25/06/2019 16:54:57	EXPEDIÇÃO DE ATO ORDINATÓRIO		EGILAINE SILVA DE CARVALHO	
		Referente ao evento (seq. 9) JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO(12/06/2019 17:26:52). Identificador do Cumprimento: 0001.		Analista Judiciário	
		JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
10	12/06/2019 17:26:52	Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A		Procurador	
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		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.		Procurador	
9	01/06/2019 09:50:04	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE		EGILAINE SILVA DE CARVALHO	
		Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis		Analista Judiciário	
		CONCEDIDO O PEDIDO		EDUARDO MESSAGGI DIAS	
8	29/05/2019 15:26:42	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		Magistrado	
		RECEBIDOS OS AUTOS		SISTEMA CNJ	
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR		SISTEMA CNJ	
7	27/05/2019 16:48:15	Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO		SISTEMA CNJ	
		5ª Vara Cível		MARLON TAVARES DANTAS	
6	27/05/2019 16:48:14	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		Advogado	
5	27/05/2019 16:48:13				
4	27/05/2019 16:48:13				
3	27/05/2019 16:48:13				
2	27/05/2019 16:48:13				
1	27/05/2019 16:48:11				



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª 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: 000000063025-7

---

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 Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**IDENTIDADE 259467** **M** **PARDA** **BRASIL**  
Mãe **ALCANJA BATISTA DE ANDRADE** Pai Contato  
Endereço **- RUA JAIR DA SILVA MOTA - 83 - - -** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **SOUSA**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
*Ref. vítima de acidente moto + ferida, ref. dor em punho ①.*

Exame Físico  
*MB & TE OK.*

Hipótese Diagnóstica  
*FX no punho ①.*

SADT - Exames Complementares  
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
① Ibalotel 40mg ①		
② Dipirona 2mg ①		

Assinatura do Paciente ou Responsável

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0630  
AUTENTICAÇÃO  
19 DE JUN 2018  
Certifico e uso fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☐ Transferência para: *OK - Transferência* Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ 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  
GENTE SEGURADORA S/A  
Linha 102 E 252-RAAR/LS4/LS4/62BD7732-D288-4E30-9486-15A8AB38EDB2.html

Ortopedia - Dr Jonathan Lopes

Paroste intima da anca de truncho  
apresenta afundado em anca intima (D)

As R2. apresenta Tx Exg tuba (D)

cd. As CC

Dr. Thiago Mucchi  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-OR 2002





# BLOCO B



SUS

Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Venerlan Batista de Anchaide

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

166089

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/07/87

9 - SEXO

M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Allania Batista de Anchaide

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Guir da Silva Mata - 83

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Parestesia em 1º Exp. a tuba (D)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

7to. Cingulo

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 48A - Bom Vista - FZS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA(S) DIAGNÓSTICA(S) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EF + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fx Exp. de tuba (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brq. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

19 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel ao original que foi apresentado neste Hospital

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteotomia de Fx Exp. de tuba (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26/05/18

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

Dr. Thiago Mendes  
Médico Traumatólogo  
CBO-2018

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

0008050500  
5822  
w999

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26/5/18



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:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Jonathan

1º AUXILIAR:

Dr. Pablo R.

2º AUXILIAR:

Dr. Dinachi R.

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bmg. Eduardo Gomes, 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

Paciente em D.D.H

Intoxicação + trauma

Exame de campos estereóscópicos

Incisão anterior - medial (D) e lateral

Exame de campos estereóscópicos

L.M. e

Sutura

limite

RPA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Conde João Batista 484 - Boa Vista - RR

Dr. Jonathan de Lencastre  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Limbo  
CRM-RR 17560-07 14172

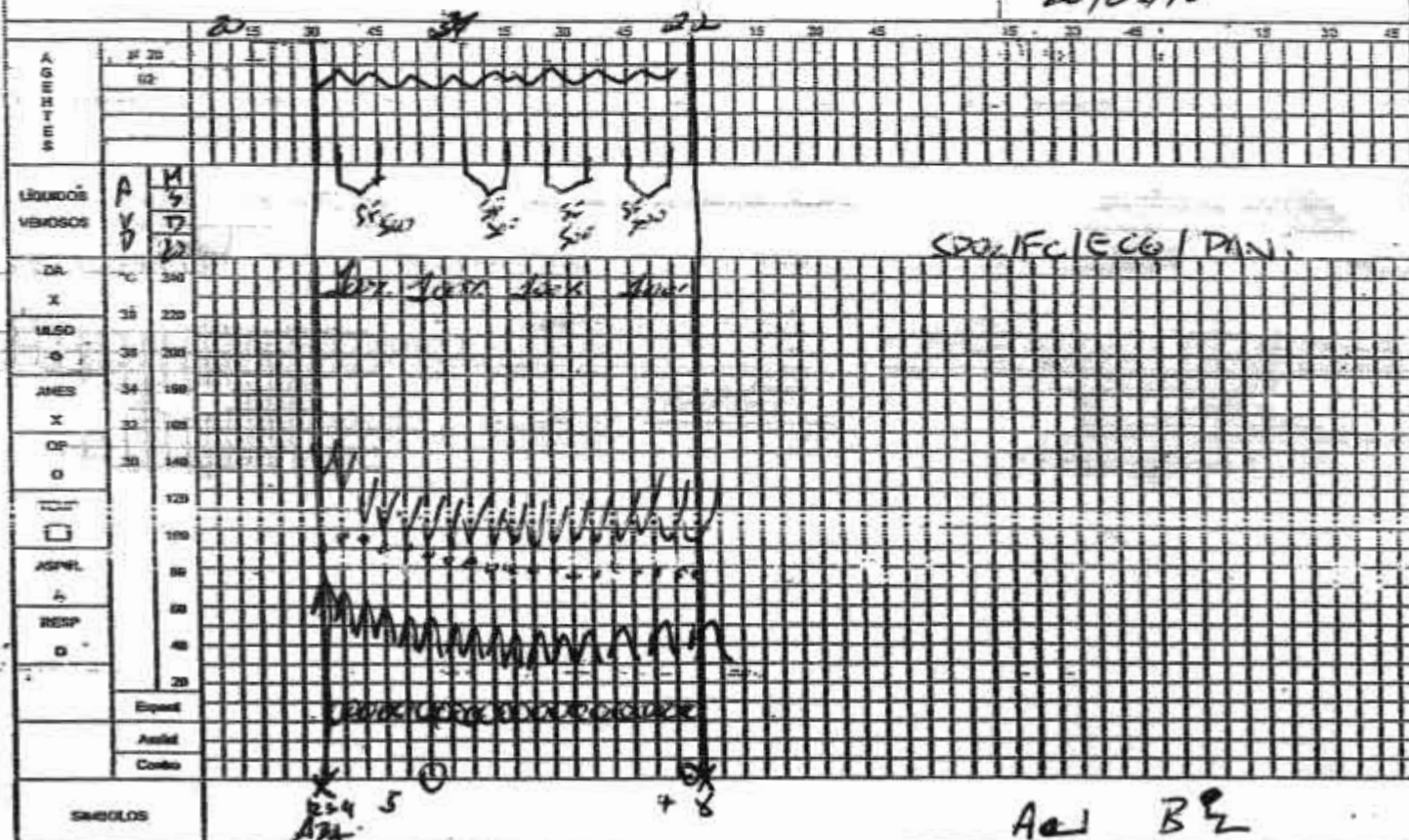


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

Venilson Batista de Almeida.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DOSA - DOSE - HORA - EFEITO

Boa Visão  
26/02/18

AGENTES	DOSES	TECNICA	NOTAÇÕES
Ropivacaina	15g	Ropivacaina	* Monitorar + cheo.
Clonitina	2g	Clonitina	1) De oxigênio O2 100%
Midazolam	50g	Midazolam	2) Aceptivo seg. porta.
Propofol	40g	Propofol	3) Pressão subaracnóide
Dipriona	2g	Dipriona	L2-L3, LCR claro
Tromal	100g	Tromal	4) Lúcio supracorina
GLUCOSE	LIQUIDOS	Cálculo - Mito / Oito Faltas	5) Glutina 4g +
HECO		Mito / Oito Faltas - Cito	6) Tromal 100g
SANGUE		Sat - Tempo - Cálculo do Tuto	7) Tromal 100g
Srta. J. J. J.		Sat - Tempo - Cálculo do Tuto	8) Tromal 100g
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	9) Tromal 100g
OPERAÇÃO			10) Tromal 100g

ANESTESIA De Edmar / Morio R. DE JONATHAN / R. M. 6) Tromal 100g

ANEXO DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2011

GENTE SEGURADORA S/A

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
AV. BNG. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
13 SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

7) Tromal 100g  
8) Tromal 100g  
9) Tromal 100g  
10) Tromal 100g



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Emilson Batista de Andrade			26/05/18

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
ossintese de fratura exposta do osso da perna	20:30	22:00	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Thonatan	Dr. Edino
Dr. Auxiliar	RES. ANESTESIA:
Dr. Pablo	Dr. Marcos R.
Dr. Auxiliar	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Cláudio

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raqui 20:30	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.	1	1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL®	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	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 BISTURIN® 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLEN® Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1		
1	SERINGA 01ML		1		
1	SERINGA 03ML		1		
1	SERINGA 05 ML		1		
1	SERINGA 10ML		1		
1	SERINGA 20ML		1		
1	Eléctrolitos		1		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Stefanie	SUB-TOTAL	
	Erica	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	Elizangela M.	SOMA	
	Cláudio	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Comte João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (98) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
19 SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original





SA - SISTEMATIZAÇ. DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO DE REGISTRO/SRPA  
NOME: Temilva Batista de Andrade

26.5.12

19h50

pot. inepta

X omnia

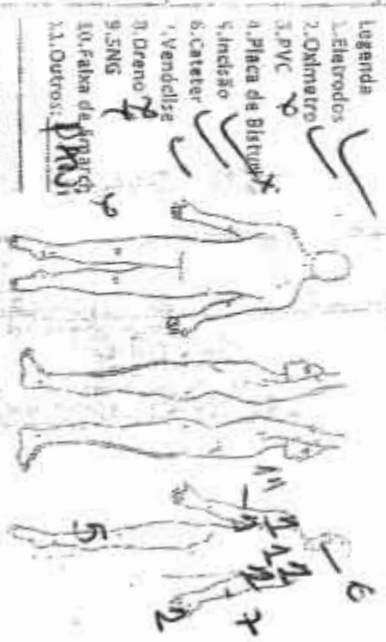
NOI 15-186

X MD

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.
20h	21.02	20.30	22.00	22.30
Cirurgia realizada de		Posição: <u>decub</u>		
Anestesia: <u>RAQUID</u>		Medicamentos: <u>deral</u>		
Infundida	Troca	Hemod. ados		
SF a 0,9%: <u>2.000</u>	Nome: <u>RAQUID</u>	CH:		
SG a 10%: <u>100</u>	Dose: <u>100</u>	Plasma:		
Outros:	<u>RAQUID</u>	Plasma:		
Nº de compressas elev./redaz:	<u>RAQUID</u>	Antibio. Peri. glicos:		
Nº de compressas recolhidas:	<u>RAQUID</u>	Antibio. Peri. glicos:		
Sinais Vitais:	Nº de pulsos: <u>110</u>			
T: <u>36.5</u>	P: <u>90</u>	Nº de respirações: <u>18</u>		
SAT: <u>99</u>	R: <u>12</u>	Nº de saturação: <u>99</u>		
FC: <u>90</u>	PR: <u>120</u>	Nº de diurese: <u>0</u>		

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Riso X ( ) Outros:



- Legenda
- 1. Eletrodo
  - 2. Oximetro
  - 3. PVC
  - 4. Placa de Bisturi
  - 5. Injeção
  - 6. Cateter
  - 7. Venoclise
  - 8. Dreno
  - 9. SNG
  - 10. Falha de Ponto
  - 11. Outros:

Cirurgia Realizada	Anestesia
<u>Ortomaxil</u>	<u>RAQUID</u>
<u>Ortoplastia de M. 2.º</u>	<u>RAQUID</u>



5. Outros:

EV HV CH

800,91,500mc

08 MAI 2.12

ÁREA DE SINISTROS - DIPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
GENTE SEGURADORA S/A  
R. Candeia João Batista, 44 - São João - RS

Entrada: 21.02.12  
Entrega: 21.02.12  
Ass.: OREN RR 17110

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Vinícius Batista de Azevedo  
Responsável: Fenômeno

Anestesiado: Edina

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

08 MAI 2011

USCO CIRÚRGICO

☐ Aplicar ☒ Não se Aplica

AGENTE SEGURADORA S/A

ÍTEM DEBEM RECADAR

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Quant: \_\_\_\_\_

☒ A ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e uso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Dr. Marcos Roberto de Azevedo  
Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Quant: \_\_\_\_\_

Horas: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREITAS

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplicam

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

217.1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Vendson Batista de Avelar			
DIAGNÓSTICO		Fx Exs Tibia (D)			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	26/05/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				I
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				20 08:08 14
4	TILATIL 20mg 12/12hs				20 08:08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 (S/N)				20 08:08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				20 08:08
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				20 08:08
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				20 08:08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				20 08:08
10	SSVV + CCGG 6/6 H				20 08:08
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				20 08:08
14	CURATIVO DIÁRIO				20 08:08
15	Gentamicina 240 mg CV 1x dia				20 08:08
16	Ceftriaxona 1g CV 12/12h				20 08:08
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao L. para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H	137/97	101		
12 H				
18 H				
24 H				



Wanderléia Maia  
Enfermeira  
R-RR 473110

MÉDICO RESIDENTE EM

ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel (95) 21-21-0620 AUTENTICAÇÃO 19 SET. 2018 Certifico e dou Fé que a presente fotografia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital
--

217-1

		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>				
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		<i>Francisco Brito de Brito</i>				
DIAGNÓSTICO		<i>Exep Tibia (D)</i>				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H					
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR-INTENSA					
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					
9	SIMETICONA GOTAS 40 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 DIÁRIO <i>Julio AS 09h</i>					
15	<i>Insulina com 240mg (EV) 1x ao dia 2h</i>					
16	<i>Clonitazina com 600mg (EV) 1x ao dia 2h</i>					
17	<i>Clonitazina 40mg (EV) 1x ao dia 2h</i>					
18	<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>					
19	<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>					
20	<b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA</b>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

10h realizados  
curativo  
em MID. + M5D.  
Dr. Francisco



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2018

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

19 SET 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é uma reprodução Original  
do documento apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS	PA	P	PR	T
6 H	140/80	90	20	36.1
12 H	164/112	92	23	36.1
18 H	139/98	92		36.3
24 H	140/80	90		36.5

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Medicamentos realizados  
P. M.  
Marcelina Sampaio Ferreira  
COREN-RR 754419 TE

Autografado  
João Roberto Lima da Silva  
Médico em Enfermagem  
COREN-RR 487.341 TE





**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 <b>VENILSON BATISTA DE ANDRADE</b>						
AGNÓSTICO <b>FX TIBIA DIREITO</b>						
ALERGIAS						
IDADE	30	HAS		DM2		
		LEITO	217-1	DATA	28/05/2018	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					-D SW
2	AVP					-D Mente
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H					-D 12h
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					-DSW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)					-D SW 12 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					-DSW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					-DSW
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O					-DSW
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					-DSW
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					-DSW
11	CURATIVO DIÁRIO					-D Fôlma
12	SSVV + CCGG 6/6 H					-D 12h
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)					-D 12h
14						NTF
15						
16						
17						
18						
19						
20	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> 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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/70	102	—	36.4
12 H	120/58	102	—	35.4
18 H	140/80	104	—	35.6
24 H	120/70	68	—	36.4

**Dr. Odinechi Okemiri**  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 1851/RR  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bazzani, 424 - São Vito - RR

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	29/05/2018
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/D
2	AVP				MAU PER
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H				(CRIS) 12-18-24-30
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				15-18-21-24
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)				11-3
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. 11.00
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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	128x78	88	-	-
12 H	154x89	98	-	36.4°C
18 H	145x75	111	-	36.6°C
24 H	120x90	100	-	36.5°C

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1251/RR



Dr Odinachi Okemiri  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
08 MAI 2013  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cond. João Batista, 484 - Boa Vista - RJ

06:00 Realizado 1 tempo de Rep.  
mão realizada frang. e frang. de  
11.11.18  
Marinalda S. Richa  
Aux. Enfermagem  
COREN: 043001845

NO

217-1

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>				
		<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>				
		<b>DATA DE ADMISSÃO</b>	<b>DIH</b>	<b>DN</b>	<b>15/07/1987</b>	
		<b>PACIENTE</b> <b>VENILSON BATISTA DE ANDRADE</b>				
<b>AGNÓSTICO</b>		<b>FX TIBIA DIREITO</b>				
<b>ALERGIAS</b>						
<b>IDADE</b>	<b>30</b>	<b>LEITO</b>	<b>217-1</b>	<b>DATA</b>	<b>01/06/2018</b>	
<b>ITEM</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>					<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	AVP					manhã
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H					12 - 18 24 DG
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SN
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 CP V.O					OG
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
11	CURATIVO DIÁRIO					M
12	SSVV + CCGG 6/6 H					Retorno
13	RANITIDINA 50MG EV 8/8HRS (EM AUSENCIA DE OMEPRAZOL)					SN
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	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ; 351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI E OU</b> 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 V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	146x90	105	-	36°C
18 H				
24 H				

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

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 Bezerra, 484 - São Mito - ROR

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 Indrade, 30<sup>o</sup> ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/05/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta tíbia (17)

NO DIA 26/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
fratura exposta tíbia (17) SENDO

OPERADO PELO DR. Jonathas E DR. Pablo

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

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 15/06/18, ÀS 14,30 h., COM O  
DR. Pablo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

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

COMPANHIA SUSEC  
Júlio Bentes, 484 - Boa Vista - RR  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
**18 SET. 2018**  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel reprodução Original  
e foi apresentado neste HGR

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Rodinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 118877RR

BOA VISTA, 01/06/18

**MÉDICO**



D



VENILSON BATISTA DE ANDRADE 14199

HOSPITAL CORONEL MOTA

05/12/2018

Cloudealdo

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 do 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 neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as 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  
FAT - FUNDO 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

SERIE

002-0

RR

*João Batista de Andrade*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

SENA SEGURADORA S/A  
Rua Carlos João Batista, 400 - Boa Vista - RS

02

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

### BRASILEIRO

NOME: VENILSON BATISTA DE ANDRADE

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

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

11 DE MAR DE 18 DE MAR DE 1984

RG: 259467

T. ELEITOR: 003562862674

BEÇA: 157

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

ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /  
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

ATIVO

## LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECUPERAÇÃO DE IDENTIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
D - TERCEIROS | D - ADOTADO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**FRANCISCO SIMEÃO ARAÚJO**

**DOC. IDENTIDADE / CPF / EMISSOR**  
165491 SSP RR

**CPF**  
711.335.422-04

**DATA NASCIMENTO**  
20/10/1982

**RELAÇÃO**  
RAIMUNDO DE ARAÚJO  
CHAVES  
VLADEIRIA SIMEÃO DA  
SILVA

**PERMISSÃO**  
A

**ACC**  
A

**CAT. HABILITAÇÃO**  
A

**SP/REGISTRO**  
01963732643

**VALIDADE**  
02/03/2022

**1ª HABILITAÇÃO**  
08/08/2001

**LIBERAÇÕES**  
A

*Francisco Simeão Araújo*

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
BOA VISTA - RORAIMA

**DATA DE EMISSÃO**  
03/03/2017

**17457608843**  
**RR209148942**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

**RORAIMA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1412042244

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1412042244

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Cassiano João Batista, 484 - Boa Vista - RR





## FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: SAU Equipe: he fiz cello magno  
 Paciente: Lincoln Batista de Andrade Idade: 30a Sexo: M  
 Endereço: Rua José Felício Correia - 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	MOTO:	VIOLENCIA	OUTROS
Cinto: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho   <input type="checkbox"/> Local   <input type="checkbox"/> Trajeto
Vítima: <input type="checkbox"/> projetada	<input type="checkbox"/> Carona	<input type="checkbox"/> PAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:
<input type="checkbox"/> encarcerada	Capacete: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica
Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> queda	Espancamento	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
Motorista: <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Agressão p/ animal
Passageiro: <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Capotamento	BICICLETA:	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Carona		
	<input type="checkbox"/> queda		
	<input type="checkbox"/> Atropelamento		
	<input type="checkbox"/> Colisão		

## AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input type="checkbox"/> Dispneia	M.V. Diminuído:	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradipneia	M.V. Ausente:	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Mose
<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Enchimento	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Otorrhea
<input type="checkbox"/> Apnéia		Ausente	<input type="checkbox"/> Rinorrhea
<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<u>5/04</u>	<u>5/04</u>	<input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado
			<input type="checkbox"/> DNV

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>1800</u>	<u>101</u>	<u>18</u>	<u>97</u>				
Fim	<u>1842</u>	<u>86</u>	<u>18</u>	<u>99%</u>				

## AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Abundamento	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Edema Sub-Cutâneo	<input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante		<u>5/04</u>	<u>5/04</u>	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Cianótica					

Pelve	Coluna Dorsal	Membros	Fratura
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Lacerações	
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<u>5/04</u>	<input type="checkbox"/> Luxações	
<u>5/04</u>			

## AVALIAÇÃO CARDÍACA

## APECÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

Ritmo Sinusal	Fibrilação atrial	Respiratória	Digestiva	Diabetes	Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação entricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutter		<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Outra		
		<input type="checkbox"/> Aborto	<u>TRAUMA</u>		

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ OUTRO  
☐ SEVERA ☐ MORTE ☐ INDETERMINADA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

## MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

Cancelamento	Recusa de Atendimento	Recusa de hospitalização	Trote	Bombeiro no local	Policia Militar	Guarda Municipal	SMTRAN	Bombeiro	Outros:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INICIADA AS: 18:42 TÉRMINO AS: 18:42

## DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

RCP com sucesso	RCP sem sucesso	Obs.
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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 2018

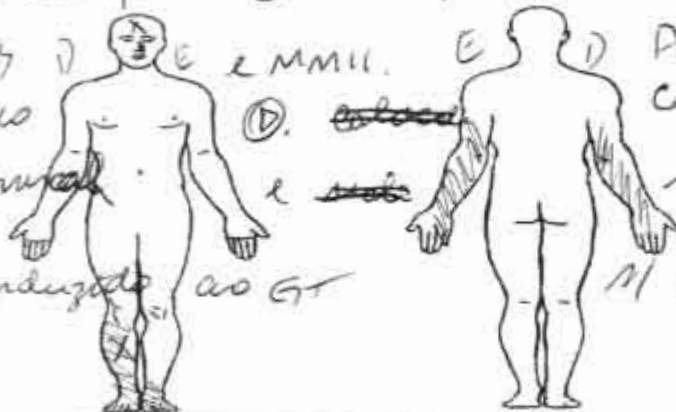
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Batista, 488 - Boa Vista - RJ
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____

Acionamento p/ ocorrência de acidente de moto x poste. Ao chegarmos no local o pete encontrava-se deitado em decúbito lateral. Foi imobilizado com colar cervical + mancha rígida + imobilização de M.I.D. Paciente no momento não se encontrava de capote. Não tinha hábito ético. Foi conduzido ao HGR/GT.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09	1	
Melhor Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sistólica (mmHg)	0	0	
	Orientado	Beleucia	5		> 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
Melhor Resposta Motora	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4	<td>8 a 10</td> <th>3</th> <th></th>	8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1				
ESCALA DE GLASGOW			15	ESCORE DO TRAUMA			

MF. de la Paz, Sampaio  
Enfermeiro  
COREN-RJ 895223-EM

# Acionamento para acidente de moto. moto x poste. \* Encontro paciente deitado em uma praça com capote. Nega desconfortos. Apresenta fratura exposta em punha (D) além de inserções difusas em ~~ambos~~ ambos os MMII. E e MMII. E Apresenta provável fratura colocada sobre mancha rígida, colar cervical e ~~sub~~ realizado imobilização do M.I.D. - Conduzido ao GT. / interconexões.



Dr. Célio Wanderley Jr.  
MÉDICO  
CRM-RJ 1580

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	álcool	01 compressa
Perda de líquido: _____	BCF: _____	luvas	
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão		04 ataduras nº 08	

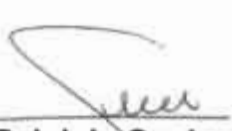
CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 20/07/18  
Stephanie

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

**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  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Carlos João Batista, 484 - 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)  
Logradouro: Av: José Felix Correia

Bairro: Operário

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(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-8140, de cor amarela, CHASSI 9C2KD03308R026876, Cód. Renavam 948201150, tendo como proprietária o Sr. Raimundo Rodrigues de 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 fez 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 se seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

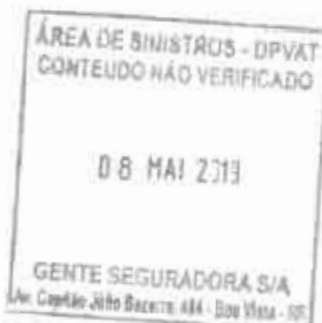
Nº: 005988/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento  
PIA 7.042000925

Venilson Batista de Andrade  
(Vítima / Comunicante)

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



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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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

Nº 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 Nº 445/20

Nome completo: Venilson Batista de Andrade CPF: 000.286.612-90  
 Profissão: Autônomo R: Jair S. mota Endereço: \_\_\_\_\_ Número: 83 Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: São Branca Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.342-268  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 051/99154-669

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: 3027 (13) CONTA: 63025 (7)  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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):

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

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 Líder 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Boa Vista - RR 7, Maio 2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura