

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:
254694832019111163911

Processo 0833797-24.2019.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

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

Pendências

Intimações: Ver Intimação Evento de 30/10/2019 - Prazo: 04/11/2019 à 26/11/2019 (15 dias): EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE
Cumprir Prazo

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor de Justiça

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 14	11/11/2019 16:39:11	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
14.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2662553CONTESTACAO01.pdf	Público
14.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2662553CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
14.3	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, 2662553CONTESTACAOAnexo03compressed.pdf	Público
14.4	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO, KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
13	11/11/2019 00:00:21	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA) em 11/11/2019 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (29/10/2019) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
12	31/10/2019 08:27:31	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 31/10/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 8) EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE (30/10/2019) e ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11	30/10/2019 15:17:11	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 30/10/2019 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
10	30/10/2019 08:44:38	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 07/02/2020 (100 dias)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnico Judiciário
9	30/10/2019 08:44:15	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 CITAÇÃO ONLINE (30/10/2019)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnico Judiciário
[+] 8	30/10/2019 08:44:02	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnico Judiciário
7	30/10/2019 08:36:43	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (29/10/2019)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA Técnico Judiciário
[+] 6	29/10/2019 14:19:48	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08337972420198230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/05/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 03/05/2019 após 8 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 21/07/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

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

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

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000001000475-6

Nr. Autenticação

BRABESCO2409201905000000000023702084000001000475168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA Data do acidente: 21/07/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019
 Valoração do IML: 0
 Perícia médica: Não
 Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.
 Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
 Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
 Sequelas: Com sequela
 Documento/Motivo:
 Nome do documento faltante:
 Apontamento do Laudo do IML:
 Conduta mantida:
 Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.
 Documentos complementares:
 Observações: PG 8 - CIRURGIA
 PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

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

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

⁷**art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 8 de novembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 o 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.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08337972420198230010.

Rio de Janeiro, 8 de novembro de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02084-2

CONTA: 000001000475-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2409201905000000000023702084000001000475168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 000001000475-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

346.001.913-15

4 - Nome completo da vítima:

ALZENIRATEIXEIRA MOURÃO DAS ROSEIRA

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

5 - Nome completo:

ALZENIRATEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA

6 - CPF:

346.001.913-15

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA FLAMBOIAN

9 - Número:

511

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JARDIM PRIMAVERA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-184

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

95.941.70.5016

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECLUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2094

CONTA:

1000475-

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

16 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

☐

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

☐

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34 -

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista - RR 11/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

da Silva Roseira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

car. nos vícios formais

TESTEMUNHAS

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



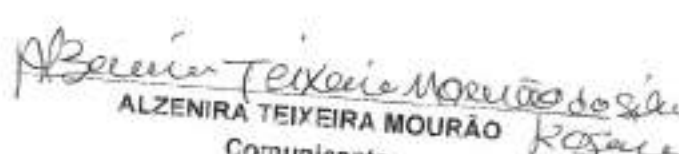
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 104/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 03/05/2019.

COMUNICANTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO
RG: 109794 SSP/RR CPF: 346.001.913-15 NATURALIDADE: CODÓ-MA
ENDEREÇO: RUA FLAMBOÁ, Nº 511 - JARDIM PRIMAVERA
CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AGRICULTURA
DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1968 IDADE: GRAU DE INST: ENS. MÉDIO COMP.
ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 991705016 Nº REG. CNH: 1415847328
NOME DO PAI:
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA MORÃO

O comunicante, que é habilitada, compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que no dia 21/07/2019, aproximadamente às 19:00 horas, quando seguia pela Avenida Mário Homem de Melo, Bairro Santa Tereza, sentido Bairro, conduzia a MOTOCICLETA BIZ 125 EX, PLACA NAV 8788, CHASSI 9C2JC4830FR006409, de propriedade de JOSÉ DA SILVA ROSEIRA, quando na ocasião um veículo (CARRO) de PLACA e condutor não identificados, que fazia uma manobra para entrar na garagem, cruzou na frente do veículo conduzido pela comunicante, fazendo com que a mesma efetuasse uma freada brusca, perdendo o controle do veículo vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar a perna e o tornozelo, ambos do lado direito. Segundo a comunicante, foi conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é para fins de SEGURO DPVAT, bem como PREVIDÊNCIA SOCIAL. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA.


CARLOS REGES CUNHA
- Agente de Polícia
Mat: 042030372


ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO
Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que a (se) responsável pelas informações acima apresentadas a (se) que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

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

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do contrato ou ASL:

3 - CPF da vítima:

346.001.913-15

4 - Nome completo da vítima:

ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS II FOLHA DE RENDAS ANUAIS DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUJEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA

6 - CPF: 346.001.913-15

7 - Profissão:

AGRICULTORA RUA PLAMBOIRAN

8 - Endereço:

9 - Número:

511 Complemento: CASA

11 - Bairro:

JARDIM PRIMAVERA

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.314-184

15 - E-mail:

16 - Telefone: 957991305016

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLAMAR INFORMAÇÃO
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (preencher apenas os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (303)

☐ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 2084

CONTA: 1000475-6

(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 de indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica e laudo pericial emitido pelo IML, em não submetendo a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e permanência decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prazo para conclusão da avaliação médica ou pericial ou direito da seguradora, caso discorda do seu conteúdo.

16 SET 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grupo de Parentesco com vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mãos vivos?

☐ Sim ☐ Não

Declaro, para todos os fins de direito, que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: Boa Vista - RR, 11/09/19

ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO

da Silva Roseira

42 - Assinatura do Representante Legal (Se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Bravo II**

FICHA DE REGISTRO



Unidade: Bravo II Equipe: Batista / natalino
 Paciente: ALDENIRA TEIXEIRA MOURÃO Idade: 50 Sexo: F
 Endereço: Av. Manoel H. Melo Sta. Irelzina

Nº 13 589 DATA 21/07/18 HORA: 19:15
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Luiz 19:17

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO Trauma

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO:	VIOLÊNCIA	OUTROS
Cinto: ☐ SIM ☐ NÃO Vitima: ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO Motorista: ☐ motorista ☐ passageiro Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	Condutor ☐ Carona ☐ Capacete: ☒ SIM ☐ NÃO ☒ Queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão BICICLETA: Condutor ☐ Carona ☐ ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	☐ FAS ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Quilômetros Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:

AVALIAÇÃO FÍSICA

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☐ Outro: <u>(E)</u>	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☒ Ferida Aplicativa <u>espontânea</u>	☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☒ SIA	DAVDN ☐ ☐ Mose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Comêia ☐ Comêia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ CNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	PA mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>94/40</u>	<u>100</u>	<u>20</u>	<u>100</u>			<u>13</u>	
Fin	<u>94/40</u>	<u>96</u>	<u>20</u>	<u>99</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Abundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Deform. da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em túbua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura ☐ Amputação	☐ Fratura <u>basilar</u> ☐ Fratura <u>palco</u>

AVALIAÇÃO CARDIACA

AVALIAÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PESSOAL

RAVAGIDADE CONPROVADA	ILESO SEVERA	PEQUENA MORTE	MÉDIA INDETERMINADA	OUTRO
☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação entricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Marcos Felipe Diniz
 Médico
 CRM/RJ 1869

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☒ Polícia Militar NBA 9052
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN
☐ Bombeiro
☐ Outros:

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Basileira
23/05/19
Stephanie

Iniciada em: Término em:

☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
 Obs.:

1537

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (Opcional)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (Opcional)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (Opcional)

DESTINO

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

Cosme e Silva
 HCSA
 Maternidade
 Outros

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 03/05/19
 Stephanie
 Rubens

ERTECE DO PACIENTE

Descrição:

GENTE SEGURADORA BIA

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:

15.59:15H - Jovens acionados para atendimento ocorrência de acidente de trânsito; onde de fato ocorreu, encontrando a paciente em decúbito dorsal, realizado protocolo de trauma, fêmur fraturado, estabilização do membro, péssimo estado, calibros, com medicação conforme orientação do médico regulador, DSV estável,

ESCALA DE COMA DE GLASSOW			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala
Abertura dos olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2
Resposta verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1
	Orientado	Resposta	5
	Confuso	Choro irritado	4
Resposta motora	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2
	Nenhuma	Nenhuma	1
Obedece estímulos	Obedece estímulos	Movimentos espontâneos	6
	Localiza a dor	Retra ao toque	5
	Flexão normal	Retra a dor	4
Flexão anormal	Flexão anormal	Flexão normal	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2
	Nenhuma	Nenhuma	1

ESCALA DE GLASSOW

ESCORE DO TRAUMA

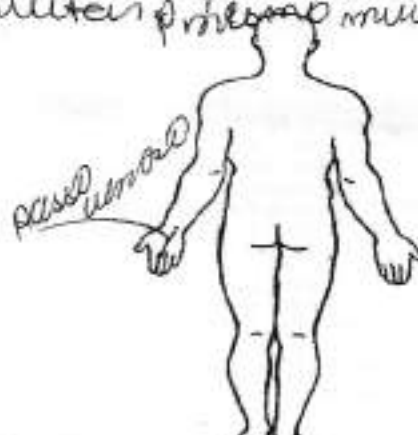
10 - 24	4
25 - 35	3
36 - 45	2
46 - 55	1
56 - 65	0
66 - 75	0
76 - 85	0
86 - 95	0
96 - 105	0
106 - 115	0
116 - 125	0
126 - 135	0
136 - 145	0
146 - 155	0
156 - 165	0
166 - 175	0
176 - 185	0
186 - 195	0
196 - 205	0
206 - 215	0
216 - 225	0
226 - 235	0
236 - 245	0
246 - 255	0
256 - 265	0
266 - 275	0
276 - 285	0
286 - 295	0
296 - 305	0
306 - 315	0
316 - 325	0
326 - 335	0
336 - 345	0
346 - 355	0
356 - 365	0
366 - 375	0
376 - 385	0
386 - 395	0
396 - 405	0
406 - 415	0
416 - 425	0
426 - 435	0
436 - 445	0
446 - 455	0
456 - 465	0
466 - 475	0
476 - 485	0
486 - 495	0
496 - 505	0
506 - 515	0
516 - 525	0
526 - 535	0
536 - 545	0
546 - 555	0
556 - 565	0
566 - 575	0
576 - 585	0
586 - 595	0
596 - 605	0
606 - 615	0
616 - 625	0
626 - 635	0
636 - 645	0
646 - 655	0
656 - 665	0
666 - 675	0
676 - 685	0
686 - 695	0
696 - 705	0
706 - 715	0
716 - 725	0
726 - 735	0
736 - 745	0
746 - 755	0
756 - 765	0
766 - 775	0
776 - 785	0
786 - 795	0
796 - 805	0
806 - 815	0
816 - 825	0
826 - 835	0
836 - 845	0
846 - 855	0
856 - 865	0
866 - 875	0
876 - 885	0
886 - 895	0
896 - 905	0
906 - 915	0
916 - 925	0
926 - 935	0
936 - 945	0
946 - 955	0
956 - 965	0
966 - 975	0
976 - 985	0
986 - 995	0
996 - 1005	0

ESCORE DO TRAUMA

ps e procedimentos supra citados paciente encaminhada.

obs. informo que nessa UTE foi iniciada pelo comandante da R NBA 9057 da Bm militares primeiro muito aturado com a paciente a qual foi seguida equipe da Bravos

equívocos ameaça
 parte do militar
 do consta no
 tinal ocorrência
 anexo a ficha.
 quito Estabelecimento



Polícia Santa Magalhães Polícia
 Tiro de Exatidão Polícia Militar de Curitiba
 CURITIBA-PR 408-578-782

GESTANTE

Movimentos fetais:

BCP

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 unidades de 20 cm
 2 unidades de 10 cm
 1 Seringa de 20ml, 0,1 ml de 10

Rossmo Energia S.A.
Av. Capitão Ené Gontez, 891 - Centro - Boa Vista - PE
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.067.002-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Reserva: capacidade de armazenamento autônoma para 30 dias

803463740

A Tarifa Social de Energia Eléctrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

— **Lytle J. Bowers, 444 - San Mateo - 500**

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTRATO Nº 10 VEREÇADO

16 30 : 3

GENTE SEGURADORA SIA

Dr. Caroline John, 444 - Hong Kong - 500

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
05/10/2019	06/09/2019	297	235,90

LEZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA

FLAMBOIAN 511 JARDIM PRIMAVERA

REF: 00034660191315

FP: 60.314-184 - BOA VISTA

NOT: 11.001 19.02.007900

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	42200	Atual:	20/08/2019
Anterior:	41963	Anterior:	18/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Indicador Leitura:	19/09/2010
Consumo Médio:	297	Então:	16/08/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	20/08/2019
NORMAL		33	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Subcategoria	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pat.	Nº da 1ª instalação
ESQUEMA: RENDA	BT	252764	Nº 1511390	14.1.2	422

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/19	361	30 A R\$	0,264933 = 7,94
JUN/19	229	70 A R\$	0,454166 = 31,79
MAT/19	431	120 A R\$	0,681256 = 81,75
ABR/19	492	77 A R\$	0,756944 = 58,28
MAR/19	429	SUBVENCAO BAIXA RENDA	- 49,74
FEV/19	390	CORRECAO MONETARIA DA 00/19-00	0,01
JAN/19	338	DOACAO LCV - 0800 0555099	22,00
DEZ/18	401	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00	1,56
NOV/18	564	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00	1,51
OUT/18	544	DIUROS DE MORA POR ATR 06/19-00	0,33
		MULTA POR ATRASO 06/19-00	3,30
		DIUROS DE MORA DE INPO 06/19-00	2,20
		ILUMINACAO PUBLICA	25,23
SALDO SEM TRIBUTOS:			
10 A 30	- 0,411200		
10 A 100	- 0,777200		
10 A 150	- 0,494200		
10 A 175	- 0,411200		
10 A 200	- 0,411200		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Des/Ano 37/2019	Valor R\$ 304,49	Unidade consumidora pública e supressão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14/04/2019, por desconexão por não regularização e inclusão de novo de consumo no sistema. Logo foram efetuados os seguintes valores de desconexão:
--------------------	---------------------	---

IGUE 05807019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO AO PISCO 22FD.E0AA.4538.8D57.B097.CD4F.0800.1EAA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	45,71	Base de Cálculo:	179,76
Energia:	96,91	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,55
Encargos:	5,83	Valor do PIS:	0,27
Totais:	32,11	Valor do COFINS:	1,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
2019		2018		2017		2016		2015	
9,24	18,49	36,90	1,46	16,92	33,84	4,99			
0,88			5,00			0,26			
FLORESTA						04/2019		53,39	

ROT: 11.281.19.02.837963



Romina Energía S.A.
Av. Capitalino Ene García 681 - Cordón - Barrio Viejo - RP
Tel: 80 341 470001-44; Fax: 800 722 000

SEU CÓDIGO
039413-0

TOTAL A PAGAR = R\$

735.96

MES FATURADO

VENCIMENTO

01/28/19

06/29/2010

003463740 FCAH

83690000002 4 35900075000 0 00000000039 8 41300819008 9



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose da Silva Roseira
RG nº 109799 data de expedição 05/09/2018
Órgão SSP portador do CPF nº 272.166.40349 com
domicílio na cidade de Boa Vista no Estado de
Roraima onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Flamboiant nº 511
complemento J. Primavera declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Alzenir Teixeira Moura da Rosa cujo o condutor era

Alzenir Teixeira Moura da Rosa

Veículo: MOTO 2014/2015
Modelo: Biz 125 EX
Ano: Branca 2014/2015
Placa: NAV 8788
Chassi: 9C2JC4830F2006409
Data do Acidente: 21/07/2018

Local e Data: AV. Mario Homem de Melo Santa Tereza
21/07/2018

Jose da Silva Roseira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do sinistro]

DANIEL AQUINO
141.240.547 Recibo 03/02
Recebido por: VERDEDEIRA ass. (impr.)
141.240
Em testemunha de verdade, BPO
De que eu sou, BPO, 11 de setembro de 2019.
Caro(a) Sr(a) abaixo em cidade portavelar.com.br
RECIBO 03/02/2019 03:05:00 POFPAJG49
Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos: R\$ 0,68 RELO: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,53

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Carlos João Duarte, 404 - Boa Vista - RR

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



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 15	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS
ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA	05/01/1968	50 A 6 M 19 D	704200262859888
CPF	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
34600191315	F	NAO	PARDA
Colégio Emissão Data Emissão	Naturalidade	CDDO - MA	Nacionalidade
109794	BRASIL		BRASILEIRA
Nome	Informado		Contrato
MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO	HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO		(85) 36274-305
Endereço	Ocupação		
RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR	AUTÔNOMO		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atendimento	Precedência
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA		
Síntese	Tempo de Chegada	Procedimento Solicitado	Registro por
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		LEILSON SOUSA
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue		

Acidente Automobilístico

Anamnese da Enfermagem

GSC TOTAL
AD: 1234 RV: 12345 ARV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) Paciente atendida pelo enfermeiro após uso de imobilizadores (gessos + volas curvas). Última de acidente automobilístico (Moto + carro) 2ª via de captação, região abdominal, dor e perda de consciência.

Exame Físico

A. VAP com ar livre

B. pulmão com RA

C. intestino hiperdistendido 2.º abdômen

Hipótese Diagnóstica

1.º glândula 13 pupilos isocóricos e fotorecursos

2.º Abdômen em punho (D)

SADY - Exames Complementares

☐ RAO X ☐ ULTRASON ☐ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Tenocinese com gesso

2. Imobilização do abdômen

3. Imobilização do abdômen

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

7 DE SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Conduta

- ☐ Alterar Condicionamento
☐ Atualizar Pedido
☐ Atualizar Receita
☐ Transferência para

Atendimento

Observação (Até 24h)

Intervenção

Data e Hora da Saída/Alta: / /

Alto

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ RA, Anatomia Patológica

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: leilson sousa
Data Hora: 20/07/2019 21:09:44

20/07/2019 21:09:44



00001787

2 Outubro - Dr. Alden

Tramitei a entrega em Tanguá (D) por queda de
custo. A partir da entrega de Tanguá (D) o R.R.
CD: Intenção Hospitalar

Assinado por
[Assinatura]
[Assinatura]



Diego Luis Delgado

6

PRESECURÃO DÍFUSAS

Polígono 1 suíva de Estão Quarta

MAY 12, 1905:

Mathematical

HOWARD

[illegible]

۱۰۰
 ۱۰۱
 ۱۰۲
 ۱۰۳
 ۱۰۴
 ۱۰۵
 ۱۰۶
 ۱۰۷
 ۱۰۸
 ۱۰۹
 ۱۱۰
 ۱۱۱
 ۱۱۲
 ۱۱۳
 ۱۱۴
 ۱۱۵
 ۱۱۶
 ۱۱۷
 ۱۱۸
 ۱۱۹
 ۱۲۰
 ۱۲۱
 ۱۲۲
 ۱۲۳
 ۱۲۴
 ۱۲۵
 ۱۲۶
 ۱۲۷
 ۱۲۸
 ۱۲۹
 ۱۳۰
 ۱۳۱
 ۱۳۲
 ۱۳۳
 ۱۳۴
 ۱۳۵
 ۱۳۶
 ۱۳۷
 ۱۳۸
 ۱۳۹
 ۱۴۰
 ۱۴۱
 ۱۴۲
 ۱۴۳
 ۱۴۴
 ۱۴۵
 ۱۴۶
 ۱۴۷
 ۱۴۸
 ۱۴۹
 ۱۵۰
 ۱۵۱
 ۱۵۲
 ۱۵۳
 ۱۵۴
 ۱۵۵
 ۱۵۶
 ۱۵۷
 ۱۵۸
 ۱۵۹
 ۱۶۰
 ۱۶۱
 ۱۶۲
 ۱۶۳
 ۱۶۴
 ۱۶۵
 ۱۶۶
 ۱۶۷
 ۱۶۸
 ۱۶۹
 ۱۷۰
 ۱۷۱
 ۱۷۲
 ۱۷۳
 ۱۷۴
 ۱۷۵
 ۱۷۶
 ۱۷۷
 ۱۷۸
 ۱۷۹
 ۱۸۰
 ۱۸۱
 ۱۸۲
 ۱۸۳
 ۱۸۴
 ۱۸۵
 ۱۸۶
 ۱۸۷
 ۱۸۸
 ۱۸۹
 ۱۹۰
 ۱۹۱
 ۱۹۲
 ۱۹۳
 ۱۹۴
 ۱۹۵
 ۱۹۶
 ۱۹۷
 ۱۹۸
 ۱۹۹
 ۲۰۰
 ۲۰۱
 ۲۰۲
 ۲۰۳
 ۲۰۴
 ۲۰۵
 ۲۰۶
 ۲۰۷
 ۲۰۸
 ۲۰۹
 ۲۱۰
 ۲۱۱
 ۲۱۲
 ۲۱۳
 ۲۱۴
 ۲۱۵
 ۲۱۶
 ۲۱۷
 ۲۱۸
 ۲۱۹
 ۲۲۰
 ۲۲۱
 ۲۲۲
 ۲۲۳
 ۲۲۴
 ۲۲۵
 ۲۲۶
 ۲۲۷
 ۲۲۸
 ۲۲۹
 ۲۳۰
 ۲۳۱
 ۲۳۲
 ۲۳۳
 ۲۳۴
 ۲۳۵
 ۲۳۶
 ۲۳۷
 ۲۳۸
 ۲۳۹
 ۲۴۰
 ۲۴۱
 ۲۴۲
 ۲۴۳
 ۲۴۴
 ۲۴۵
 ۲۴۶
 ۲۴۷
 ۲۴۸
 ۲۴۹
 ۲۵۰
 ۲۵۱
 ۲۵۲
 ۲۵۳
 ۲۵۴
 ۲۵۵
 ۲۵۶
 ۲۵۷
 ۲۵۸
 ۲۵۹
 ۲۶۰
 ۲۶۱
 ۲۶۲
 ۲۶۳
 ۲۶۴
 ۲۶۵
 ۲۶۶
 ۲۶۷
 ۲۶۸
 ۲۶۹
 ۲۷۰
 ۲۷۱
 ۲۷۲
 ۲۷۳
 ۲۷۴
 ۲۷۵
 ۲۷۶
 ۲۷۷
 ۲۷۸
 ۲۷۹
 ۲۸۰
 ۲۸۱
 ۲۸۲
 ۲۸۳
 ۲۸۴
 ۲۸۵
 ۲۸۶
 ۲۸۷
 ۲۸۸
 ۲۸۹
 ۲۹۰
 ۲۹۱
 ۲۹۲
 ۲۹۳
 ۲۹۴
 ۲۹۵
 ۲۹۶
 ۲۹۷
 ۲۹۸
 ۲۹۹
 ۳۰۰
 ۳۰۱
 ۳۰۲
 ۳۰۳
 ۳۰۴
 ۳۰۵
 ۳۰۶
 ۳۰۷
 ۳۰۸
 ۳۰۹
 ۳۱۰
 ۳۱۱
 ۳۱۲
 ۳۱۳
 ۳۱۴
 ۳۱۵
 ۳۱۶
 ۳۱۷
 ۳۱۸
 ۳۱۹
 ۳۲۰
 ۳۲۱
 ۳۲۲
 ۳۲۳
 ۳۲۴
 ۳۲۵
 ۳۲۶
 ۳۲۷
 ۳۲۸
 ۳۲۹
 ۳۳۰
 ۳۳۱
 ۳۳۲
 ۳۳۳
 ۳۳۴
 ۳۳۵
 ۳۳۶
 ۳۳۷
 ۳۳۸
 ۳۳۹
 ۳۴۰
 ۳۴۱
 ۳۴۲
 ۳۴۳
 ۳۴۴
 ۳۴۵
 ۳۴۶
 ۳۴۷
 ۳۴۸
 ۳۴۹
 ۳۵۰
 ۳۵۱
 ۳۵۲
 ۳۵۳
 ۳۵۴
 ۳۵۵
 ۳۵۶
 ۳۵۷
 ۳۵۸
 ۳۵۹
 ۳۶۰
 ۳۶۱
 ۳۶۲
 ۳۶۳
 ۳۶۴
 ۳۶۵
 ۳۶۶
 ۳۶۷
 ۳۶۸
 ۳۶۹
 ۳۷۰
 ۳۷۱
 ۳۷۲
 ۳۷۳
 ۳۷۴
 ۳۷۵
 ۳۷۶
 ۳۷۷
 ۳۷۸
 ۳۷۹
 ۳۸۰
 ۳۸۱
 ۳۸۲
 ۳۸۳
 ۳۸۴
 ۳۸۵
 ۳۸۶
 ۳۸۷
 ۳۸۸
 ۳۸۹
 ۳۹۰
 ۳۹۱
 ۳۹۲
 ۳۹۳
 ۳۹۴
 ۳۹۵
 ۳۹۶
 ۳۹۷
 ۳۹۸
 ۳۹۹
 ۴۰۰
 ۴۰۱
 ۴۰۲
 ۴۰۳
 ۴۰۴
 ۴۰۵
 ۴۰۶
 ۴۰۷
 ۴۰۸
 ۴۰۹
 ۴۱۰
 ۴۱۱
 ۴۱۲
 ۴۱۳
 ۴۱۴
 ۴۱۵
 ۴۱۶
 ۴۱۷
 ۴۱۸
 ۴۱۹
 ۴۲۰
 ۴۲۱
 ۴۲۲
 ۴۲۳
 ۴۲۴
 ۴۲۵
 ۴۲۶
 ۴۲۷
 ۴۲۸
 ۴۲۹
 ۴۳۰
 ۴۳۱
 ۴۳۲
 ۴۳۳
 ۴۳۴
 ۴۳۵
 ۴۳۶
 ۴۳۷
 ۴۳۸
 ۴۳۹
 ۴۴۰
 ۴۴۱
 ۴۴۲
 ۴۴۳
 ۴۴۴
 ۴۴۵
 ۴۴۶
 ۴۴۷
 ۴۴۸
 ۴۴۹
 ۴۵۰
 ۴۵۱
 ۴۵۲
 ۴۵۳
 ۴۵۴
 ۴۵۵
 ۴۵۶
 ۴۵۷
 ۴۵۸
 ۴۵۹
 ۴۶۰
 ۴۶۱
 ۴۶۲
 ۴۶۳
 ۴۶۴
 ۴۶۵
 ۴۶۶
 ۴۶۷
 ۴۶۸
 ۴۶۹
 ۴۷۰
 ۴۷۱

2. Write down your

2. A37 242345

2019-2020

④ 21.2.14 1945

11. $\frac{1}{2} \text{ mole of } \text{H}_2\text{SO}_4 + 2 \text{ moles of } \text{NaOH} \rightarrow \text{Na}_2\text{SO}_4 + 2 \text{ H}_2\text{O}$

On 12th July 1961

Revised by C. R. H. S. 11

11/16/2010

St. Augustine

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

**Regulador
para leito**

4053

Ref: 20200101

29.14

PA 14-65 PSI



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA



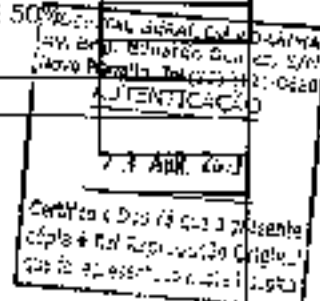
PRESCRIÇÃO MÉDICA

13
6

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA				
DIAGNOSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	22/07/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				ONV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MONIT
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				22:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				SN
6	TRAMAI 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 10:15.02
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 8/8 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;				
20	351-400 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

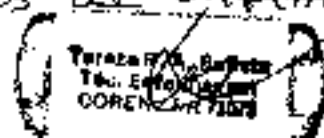
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

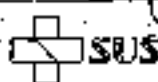


SINAIS VITAIS	PA	PC	PR	T.C.
6 H	130x70	72	90	36.3°C
12 H	133x66	69	59	36°C
18 H	140x60	68	19	36°C
24 H	136x75	73	14	36.6°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

17:20hs - Realizado procedimento de rotina SSVV, adm. med. e pm. Siga com cuidados de enfermagem





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

HCA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HCA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

ALZEBIRIA TELXOR MOURA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

910421010216285191818

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/68

9 - N° DO PRONTUÁRIO

466903

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Gorete da Silva Moura

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Flamboyant - 511 - Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bom Jardim

14 - COD. DO MUNICÍPIO

PR

15 - UF

PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sofre acidente, queda da cabeça e lesões faciais e torácicas.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirúrgica

ÁREA DE REGISTROS - DEPT.
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2019

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

Pr. perna dir.

CENTO SEGURADORA SIA
R. Lúcia de Fátima, 44 - Boa Vista - RJ

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura pilão tibial - fech.

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO (CIE 10) (CIE 10) (CIE 10)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOTOMIA PILEO TIBIAL - fech.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA

Cirúrgica

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

620724

28 - DOCUMENTO

109 1-109

29 - Nº DO DOCUMENTO

511519831613711

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jesui A. Lopes Assm

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/08/18

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

Assm

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO - TIPO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO - TRAIÇÃO

36 - UNICÃO COMA PREVIDÊNCIA

37 - EMPREGADO

38 - EMPREGADOR

39 - AUTÔNOMO

40 - DESEMPREGADO

41 - ARREMATADO

42 - NÃO SEGURO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO - TIPO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO - TRAIÇÃO	36 - UNICÃO COMA PREVIDÊNCIA	37 - EMPREGADO	38 - EMPREGADOR	39 - AUTÔNOMO	40 - DESEMPREGADO	41 - ARREMATADO	42 - NÃO SEGURO
---------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	----------------	-----------------	---------------	-------------------	-----------------	-----------------

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORÇAO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

09/08/18

0408050543
5823



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ALZEMIR
TETXORA NON

Data: 25.08.18 C.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura lateral PÍLAO TIBIAL 4/4
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____
MODO DE INTERVENÇÃO: OSTEOSINTÊSE PÍLAO TIBIAL 4/4
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O NON

QUIRURGIÃO: Dr. J. J. 1º AUXILIAR: Dr. C. E. E. E.
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: RAOL
ANESTESISTA: DR. C. E. E. E. ANESTÉSICO: _____
LÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado,
Assupção, antérmico, gaseado.
Corporal extenuado.

Incisão lateral, de 10cm até mola do tornozelo;
vedado e fixado a pele 1/2 com 05 pontos
+ 03 pontos com 05 + 02 pontos com 05.
Incisão medial, de 10cm até mola do tornozelo;
vedado e fixado a pele com 05 pontos
+ 02 pontos com 05.

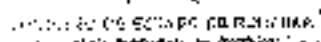
Cartão nº 00001 que a presente
cópia é uma reprodução fiel do original
que foi produzido por este órgão

SECRETARIA DE SAÚDE - DPM
FUNDADO NA LEI Nº 1.232/1998

16 SET 2018

INTE SEGURADORA S/A
Sede: Av. Paulista, 1.500 - São Paulo - SP

Carlos Eduardo da Rocha
Médico
CRM/R 483

[illegible]

(٢) منقولہ: ۹۰ م

$$W_2 \cap W_1 = \emptyset = \emptyset$$

Technical drawing of a ship's hull cross-section, labeled "HULL" and "SECTION A-A". The drawing is plotted on a grid. The vertical axis on the left is labeled "HEIGHT" and ranges from 0 to 20. The horizontal axis at the bottom is labeled "LENGTH" and ranges from 0 to 20. The drawing shows the internal structure of the hull, including the keel, bottom plating, and various internal stiffeners. A large, irregular shape represents the hull's profile. The drawing is labeled with various dimensions and notes. At the top, there is a section line labeled "A-A" and a scale bar. The right side has a vertical scale from 0 to 20. The bottom has a horizontal scale from 0 to 20. The drawing is titled "HULL" and "SECTION A-A".

[illegible]

306 Re

AD 5200

~~Dr. Evelyn Fernandez
Medical CRMR 1424
Enrolled as a HQE 181~~

1. Autenticacao
 2. Autenticacao
 3. Autenticacao
 4. Autenticacao
 5. Autenticacao
 6. Autenticacao
 7. Autenticacao
 8. Autenticacao
 9. Autenticacao
 10. Autenticacao
 11. Autenticacao
 12. Autenticacao
 13. Autenticacao
 14. Autenticacao
 15. Autenticacao
 16. Autenticacao
 17. Autenticacao
 18. Autenticacao
 19. Autenticacao
 20. Autenticacao
 21. Autenticacao
 22. Autenticacao
 23. Autenticacao
 24. Autenticacao
 25. Autenticacao
 26. Autenticacao
 27. Autenticacao
 28. Autenticacao
 29. Autenticacao
 30. Autenticacao
 31. Autenticacao
 32. Autenticacao
 33. Autenticacao
 34. Autenticacao
 35. Autenticacao
 36. Autenticacao
 37. Autenticacao
 38. Autenticacao
 39. Autenticacao
 40. Autenticacao
 41. Autenticacao
 42. Autenticacao
 43. Autenticacao
 44. Autenticacao
 45. Autenticacao
 46. Autenticacao
 47. Autenticacao
 48. Autenticacao
 49. Autenticacao
 50. Autenticacao
 51. Autenticacao
 52. Autenticacao
 53. Autenticacao
 54. Autenticacao
 55. Autenticacao
 56. Autenticacao
 57. Autenticacao
 58. Autenticacao
 59. Autenticacao
 60. Autenticacao
 61. Autenticacao
 62. Autenticacao
 63. Autenticacao
 64. Autenticacao
 65. Autenticacao
 66. Autenticacao
 67. Autenticacao
 68. Autenticacao
 69. Autenticacao
 70. Autenticacao
 71. Autenticacao
 72. Autenticacao
 73. Autenticacao
 74. Autenticacao
 75. Autenticacao
 76. Autenticacao
 77. Autenticacao
 78. Autenticacao
 79. Autenticacao
 80. Autenticacao
 81. Autenticacao
 82. Autenticacao
 83. Autenticacao
 84. Autenticacao
 85. Autenticacao
 86. Autenticacao
 87. Autenticacao
 88. Autenticacao
 89. Autenticacao
 90. Autenticacao
 91. Autenticacao
 92. Autenticacao
 93. Autenticacao
 94. Autenticacao
 95. Autenticacao
 96. Autenticacao
 97. Autenticacao
 98. Autenticacao
 99. Autenticacao
 100. Autenticacao

74 628. 26.1

Conteúdo e Qualidade: a presença
de uma linha de pensamento
coerente e consistente.



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECIBO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 6163

NOME DO PACIENTE	APT. OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Theresa Tereza Moura do Rosa	15.01		04.08.2015

TIPO	INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO	TEMPO TOTAL
Exatise de Fratura de Tornozelo	14:25	15:35	

PROFISSIONAL	ANESTESISTA:
Dr. Jesus	Dr. Ercilany
COADJUVAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Carlos Henrique	Dr. Jose Roberto
OUTRO	INSTRUMENTADOR
	Yank
	CIRCULANTE
	Isore

DE ANESTESIA: Rouque		14:01		TEMPO DE DURAÇÃO:	
QNT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCT'S COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FIO MONONYLON N°	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML			SURGICEL Alcatraz 20 cm	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSEO (gripo) 10g	
	SERINGA 05 ML			KIT CATAPATA N° 01/01/01/01/01/01	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM: Clove + Glut + OU + 10cm	
	SERINGA 20ML			FITA CARIACA 1cm x 1cm x 1cm	
	OUTROS: Alcatraz / 10cm				

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTAÇÃO (A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE Ribeira Aline	SUB-TOTAL	
COORDINADOR/CALCULOS	TAXA DE SALA	
CIRCULANTE DE SALA Elegancia A. Isore	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo responsável pelo material consumido em sala de cirurgia, e enviado para a contabilidade para fins de controle financeiro.

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Colocação de Fratura de Tórax (B)
Pela Técnica

Data: 09.08/2018 Nº DO PRONTUÁRIO _____

Paciente: Clayton Félix Mendes da S. Idade 50 Anos
Rosário

Uso: A Internação 304 Leito 03

Caixa: Pequenos Fragmentos Nº _____

Ortopedia: Ortopedia Y. I. S. C. Sala IV

Conferência Espurgo CFE: _____

Material Utilizado:

Placa 1/3 de curvo 5 parafusos

Parafusos expansores nº 38L nº 40L nº 42L

Ressaca 1


Dr. João Luiz Aquino
CRM-MR 506

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - LMI





NOTES

NOME: Adriana Luciana Mendes
 CENTRO CIRURGICO/SRPA

SA: - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Chickadee

DADOS PESSOAIS

Nome: OSCAR, 19

Sexo: masculino

Idade: 50

Profissão: Blasero

Endereço: Alameda da Liberdade, 100

Cidade: Curitiba

Estado: Paraná

País: Brasil

DATA DE EXAME

14/01/95

HISTÓRICO

Queixa principal: dores abdominais

Tempo de evolução: 10 dias

Antecedentes: hipertensão arterial

Tratamento atual: analgésicos

EXAME FÍSICO

Inspeção:

Estado geral: Bom

Alcance: até umbilical

Cor: branco

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

Palpação:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

Periculosidade:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

EXAME DE LABORATÓRIO

Hemograma:

Hemoglobina: 14 g/dl

Hematócrito: 40%

Hematócrito: 12%

Hemoglobina: 14 g/dl

Hematócrito: 40%

Hematócrito: 12%

Exames de Urina:

Cor: amarelo claro

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

EXAME DE IMAGEM

Radiografia:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

EXAME DE FUNÇÃO

Ultrassom:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

EXAME DE FUNÇÃO

Ultrassom:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

EXAME DE FUNÇÃO

Ultrassom:

Superfície: lisa

Forma: oval

Consistência: macia

Temperatura: normal

Humidade: normal

Odor: normal

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANESTESIA INDICADA ANESTESIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

Anestesiado

Dr. G. G. G.

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

PROFESSOR RESPONSÁVEL

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

CONFIRMAÇÃO ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO

CONFIRMAÇÃO VERBALMENTE

Identificação do paciente

Assinatura cirúrgica

Procedimento

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARÃO VERBALMENTE COM A EQUIPE

O NOME DO PROCEDIMENTO

REGISTRADO

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

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

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

ASSISTENTE

F-9

AN4-A

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Alz E. Silva F. Silva - 40 anos - PA Div. Roraima</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura de fêmur</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	F 9	DATA	04/08/14
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				3x/d
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				1x
4	CLATIL 20mg 12/12hs				1x
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				1x
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OL 1 ^o cp (20grs) VO DE 5/6h SE DOR INTENSA				1x
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				1x
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				1x
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				1x
10	SSVV + OCGG 6/6 h				1x
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				1x
14	CURATIVO DIÁRIO				1x
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: +1UI, 301-350: 8UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente em boas condições

10/08/14 Alta em boas condições

Dr. Jerson A. J. Aguiar

Dr. Jerson A. J. Aguiar



SINAIS VITAIS				
6 H	120 x 80	56		
12 H				
18 H	100 x 70	65	19	33,6%
24 H	100 x 75	69		36,5%

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ALZEMIR
FELIX DA SILVA

Data 29.06.18

OS.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura Lateral Pilo Tibial h/1

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

MODELO DE INTERVENÇÃO:

ORTO PLANTAR Pilo Tibial h/1

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Jem

2º AUXILIAR:

Dr. C. Enríque

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTAS

Dr. C. Enríque

ANESTESIA:

RADON

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado,
Aséptico, antisséptico, lavado
Cirurgia extensa:

Incisão lateral, de 10cm até a metade do antebraço,
medial e lateral a placa 1/2, com os pontos
+ 03 pontos com pontos + 02 pontos com pontos
Incisão medial, de 10cm até a metade do antebraço
medial e lateral a placa 1/2, com os pontos
Medial, lateral

Cartão de Controle de Qualidade
Cada 100 e 200 pontos é atribuído
nota e 100 pontos é atribuído
que foi atribuído a cada 100 pontos

Carlos Enríque La Rosa
Médico
CRM 489



Eletrical / Anestesia.

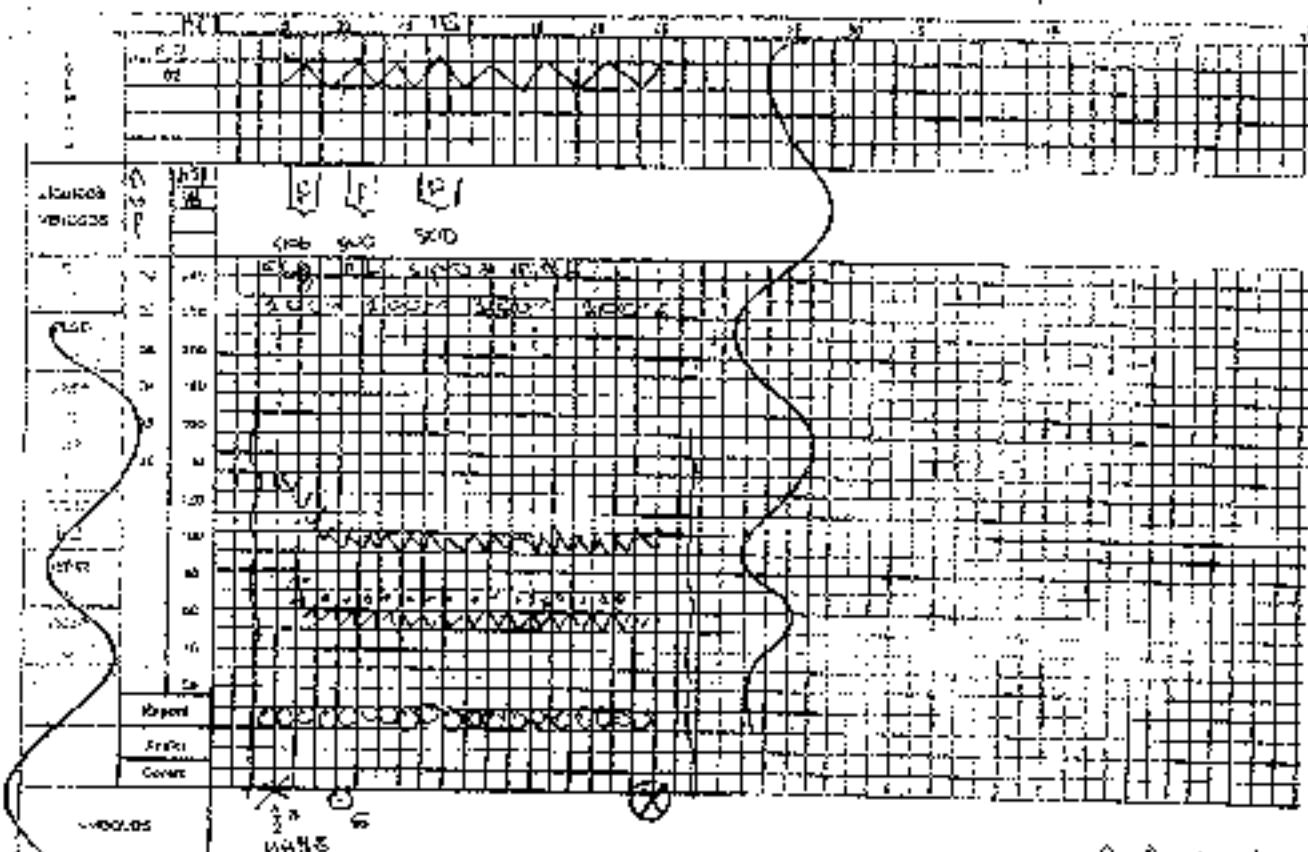
ANESTESIA

OLIVEIRA TEIXEIRA MOURÃO, SOA

OS 05/05

PRE-MEDICAÇÃO: ORGALON 1000 - 0,5 mg
+ midazolam 5 mg (10)
+ fentanyl 200 mcg (10)

Bat 60 - 90



ANESTESIA	DOSES	REMARKS	ANESTESIA
1. Indução 0,3 - 1,5	200	Propofol 100 mg / 1000 mg	1 - Administração do propofol
2. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	2 - Administração do propofol
3. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	3 - Administração do propofol
4. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	4 - Administração do propofol
5. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	5 - Administração do propofol
6. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	6 - Administração do propofol
7. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	7 - Administração do propofol
8. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	8 - Administração do propofol
9. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	9 - Administração do propofol
10. Manutenção 0,2 - 0,5		Propofol 100 mg / 1000 mg	10 - Administração do propofol

Dr. Eduardo de Almeida
Médico CRM 1424
Anestesiologista RQE 181

ANESTESIA
7 9 10 20 30
Certificado de Anestesia
Eduardo de Almeida
RQE 181

AO SAGA



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAPIELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Estabilização de Fratura de Tóraxelo (A)
Pelotas Tabiax

Data: 04/08/2018

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Eliziane T. Xavier Apelido da S. idade 50 anos
Rosaria

Sexo: A Infância 144 144 03

Causa: Pequenos fragmentos Nº _____

Cirurgião: Elizangela M. T. Silva Idade IV

Confirmação Exame CMI _____

Material Utilizado:

Pelotas 1/3 de comprimento 5 peças

Pelotas 1/3 de comprimento 5 peças 1/3 de comprimento 5 peças 1/3 de comprimento 5 peças

Pelotas 1/3 de comprimento 5 peças

Dr. Luiz Roberto Aguiar
CRM-RR 506

Médico Responsável

1º Visto - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Visto - CMI

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
04/08/2018
1199 277
Confirmação e assinatura do paciente
Assinatura do Responsável pelo Exame
Assinatura do Responsável pelo Exame

51840



NOME:

Alcino Leão de Sá

14.03

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

UNIDADE OPERACIONAL

50

Plano F

Procedimento 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

Intervenção 1001

TRANSPORTE

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

Início

Anestesi

Terminar

Sala S.O.

Entrada no

Sala

Início de

Drum

LISTA DE INDICAÇÃO ANESTESICA

Paciente: Wesley Tereza Ugueto
Suplente: Wesley Tereza Ugueto

ANESTESIA E DIFERENCIAIS

- () Identificação
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
() Sítio () Não

() Aplicar () Não se aplica

() Tipo de Incisão

() Sítio () Não se aplica

() Verificação de Sítio Cirúrgico Anestésico

() Oximetria de Pulso no Paciente em Posição Jante

() Paciente Possível

() Não () Sim, Qual

() Alergia Conhecida

() Sítio, e equipamento/assistência disponíveis

() Risco de TELA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Sítio, e ac. do equipamento adequado e adequado a glândulas e fluidos

() Sítio, e ac. do equipamento adequado e adequado a glândulas e fluidos

ANESTESIA E DIFERENCIAIS

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERIAM VERBALMENTE: () Identificação do paciente () Sítio cirúrgico () Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS: () Sim () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA DE OPERAÇÕES

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA E CIRURGIA OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO () Sim () Não

2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS () Sim () Não se aplicam

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA, INCLUINDO O NOME DO PACIENTE () Sim () Não () Não se aplica

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

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

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

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

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

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

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

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

F-9

AN4-A



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>At 26 anos, FELIX, HOUARI DA SILVA, 10/10/20</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura de ulna e rádio</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	19	DATA	05/08/20
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO			
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia	SND			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	18			
4	CLATIL 20mg 12/12hs	18			
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 S/N	18			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU GLIC (20gls) VO DE 6/6h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	22			
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	22			
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
12	CAPTAPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	12			
14	CURATIVO DIÁRIO	M			
15					
16					
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 DM/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ad bloco para programação cirúrgica

Paciente sem dor e bom aspecto

10/10/20 Alta e adeq

Dr. João Carlos Aguiar

Dr. João Carlos Aguiar



SINAIS VITAIS				
6 H	120x80	56		
12 H				
18 H	100x70	65	19	35,62
24 H	100x75	69		36,56

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PUFÉ
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3302 - AEROPORTO



1800984782 21/03/2018 21:08:14

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTIANDO 18.

FACILITADOR		FACILITADORA		MOTIVADO 18	
Nome	ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA	Data Nascimento	05/01/1988	Idade	34
CPF	34600191315	Sexo	F	Estado Civil	MA
Tipos Doc	Documento	Origem Emissor	MA	Região	MA
IDENTIDADE	108784	Cor	PARDA	Naturalidade	BRASILEIRA
Mãe		CODIGO - MA			

MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO

HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO

Cynthia
(95) 36274,305

Ergebnis

Οργανισμός
AUTÓNOMO

RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - BR

Classe de Risco	Plano Contingência	Nº de Carteira	Validade	Autorização	Se Preencher
-----------------	--------------------	----------------	----------	-------------	--------------

Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Prevalência do Atendimento	Procedência	Tempo	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					

Selmir	Grande Trauma	Procedimento Sol.	Registado por LEILSON ROUSA
--------	---------------	-------------------	--------------------------------

Queixa Principal: ☒ Síndrome Febril ☐ Sintomas Respiratórios ☐ Suspeita de Dengue

Academi Perumahan Lestari

Atividade do Enfermeiro

GSC		TOTAL	
AO: 1234	RV: 12345	MFV: 123456	

12

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) ____ : ____ h) Paciente trazida pela mãe com queixas de
cambalito e dor no pescoço (pendente + estenose cervical), história de acidente automobilístico
(motor + carro) defeito na compressão da coluna; dor nas costas; dormindo e acordando com dor na região

EXTENDED FISCAL A. VAP annual semi competitive -

B. MVE von Pk

4. 10.1968 *Hamodimys musculus* PC: 27.1968

Hypothese Diagnostik

Ex) Fortsetzung von p. 101. (A)

SADT : Exemples Complémentaires

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ LRINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

③ tramadol 100mg $\text{Et} + \text{SB}$ 99% 30min

Conducta

Alta por Excesso Medica

Alto e Redondo

() *Suba & Royclia*

6. Reference pers

12) Autocatalytic

() Qizhongyuan (Anhui)

[illegible]

Nome e Hora do Expediente

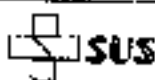
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ M. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso per: **William J. Wilson**
 Data: **14/09/2017** Ora: **11:02:04**





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CIAS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. REG. M. H. C. P. S.

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO (NÃO CONSIDERAR)

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CLÍNICA

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - Nº DO DOCUMENTO

28 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAFEGO

34 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

35 - (EMPREGADO)

36 - (EMPREGADO)

37 - (AUTÔNOMO)

38 - (DESSEMPREGADO)

39 - (PROFESSOR)

40 - (INDETERMINADO)

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

42 - COD. ÓRGÃO EMissor

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DO DOCUMENTO (CIAS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
5728 T068
V779

20-13

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA GERAL
NÚMERO DE REGISTRO: 123456
NOME DO ALUNO: JOÃO DA SILVA

Nome do Paciente: **Luiza M. S. Du. A. Almeida**

QUARTO

LEITO

DATA DO PACIENTE: 10/05/2023
NOME DO PACIENTE: Luiza M. S. Du. A. Almeida

DATA / HORA:

PRESCRIÇÃO

HORA DO

PRESCRIÇÃO

OBSERVAÇÃO

10/05/2023

1. Dieta Omelet 100g

2. APT 100g

3. Biquinho 100g

4. Biquinho 100g

5. Biquinho 100g

6. Biquinho 100g

7. Biquinho 100g

8. Biquinho 100g

9. Biquinho 100g

10. Biquinho 100g

11. Biquinho 100g

12. Biquinho 100g

13. Biquinho 100g

14. Biquinho 100g

15. Biquinho 100g

16. Biquinho 100g

17. Biquinho 100g

18. Biquinho 100g

19. Biquinho 100g

20. Biquinho 100g

21. Biquinho 100g

10/05/23



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA 22/07/2018	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				ONDI
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				MONITOR
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				02h 15m
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU CT CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 15m 02
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 S/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				SN
15					SN
16					SN
17					SN
18					SN
19					SN
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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				SN
	40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA				SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



SINAIS VITAIS	PA	PC	FR	TC
6 H	130x70	72	20	36.3°C
12 H	133x66	69	19	36.2°C
18 H	140x60	68	19	36.2°C
24 H	131x75	73	19	36.1°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

7:30hs - Realizado procedimento de rotina SSV, dm, med, epm. Segue os sinais de enfermagem



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HER

DATA DE ADMISSÃO

DIH.

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

LEITO

DATA

IDADE

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 AVP: SF0 9% 500ml 1X/dia

3 CEFALOTINA 1G EV 8/8h

4 TILATIL 20mg 12/12hs

5 DAPIRONA 2ML EV 8/8 S/N

6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 0.1g(20gls) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8h

9 SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10 SSVV + COGG 6/6 H

12 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14 CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE > 80% 10 UI E PREVENIR

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

Cada 4 horas

DILUÇÃO MÉDICA:

no bloco para programação cirúrgica

Paciente em alta em

Bom estado geral

Paciente em alta em

Paciente em alta em

Paciente em alta em

Paciente em alta em

Paciente em alta em

Paciente em alta em

Paciente em alta em
Alto em
em 16:55h

SAIS VITAIS				
6 H				
12 H	135/74	92	36.5	
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

Paciente em alta em

Dimitris Costa da Silva
Téc. de Enfermagem
COFEN 594.101



ALZEVIRA TE X-IRA MOIRAO

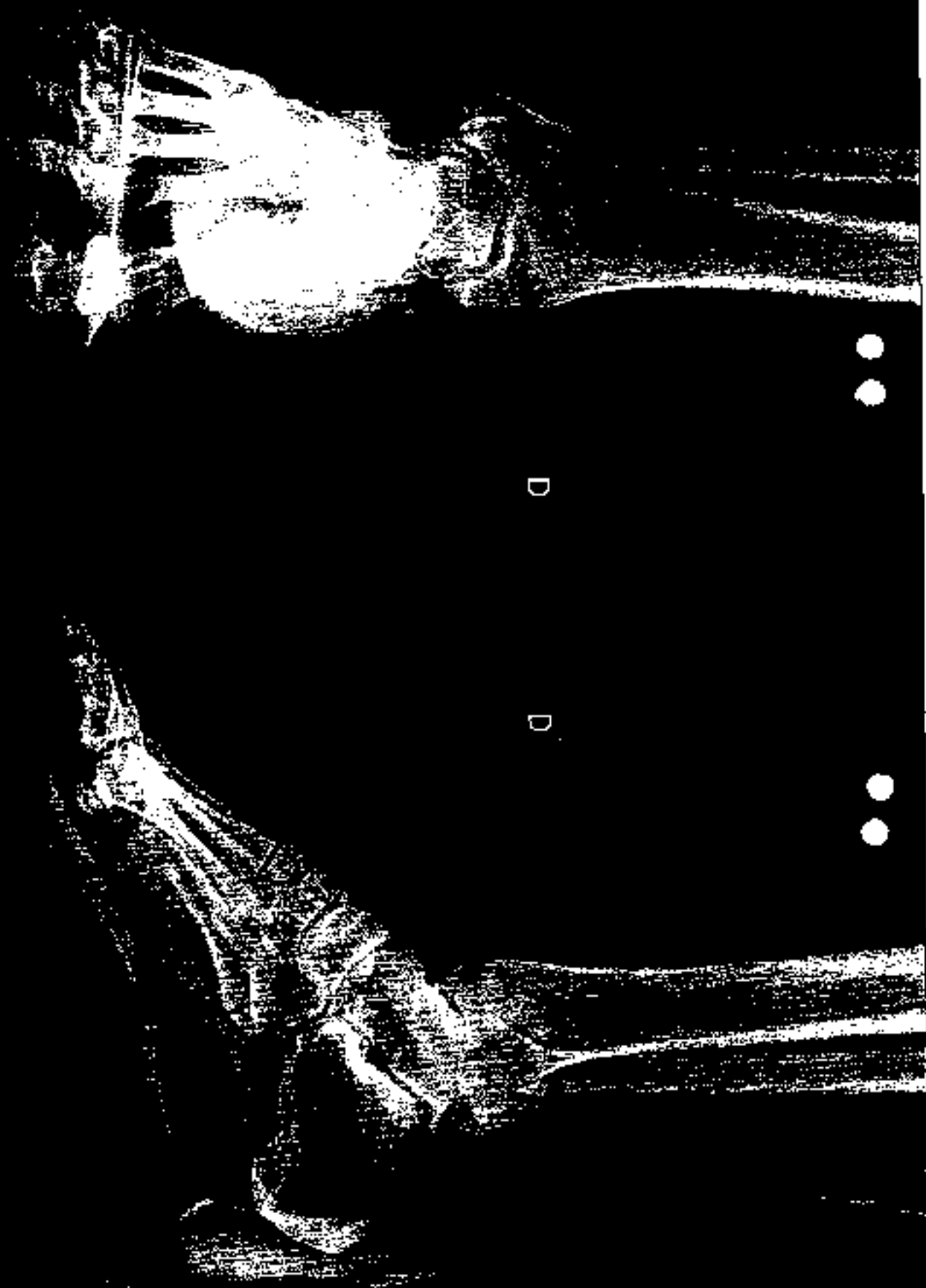
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PR. V. 02

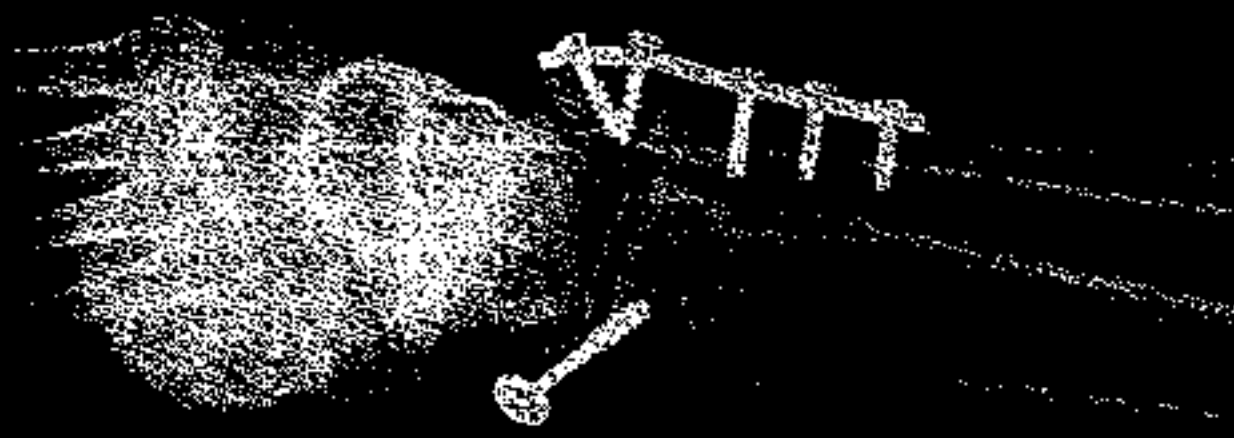
ALZIRA LEIXIA MOURAO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1990

27/04/2004 4
00:00



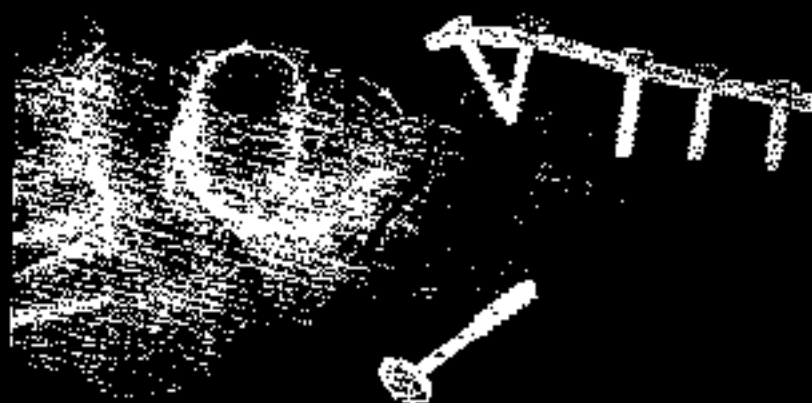


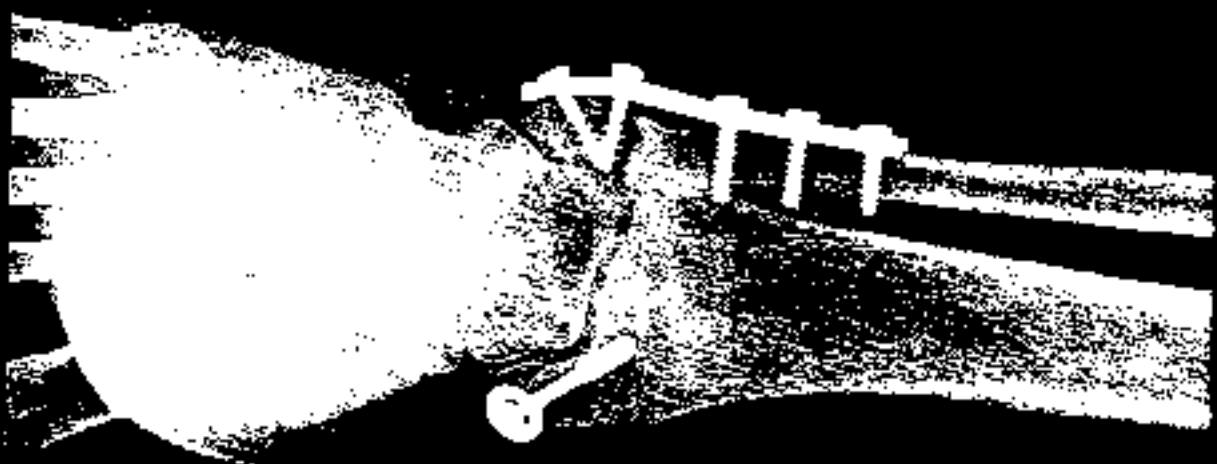


1600

2000

10





AZEMRA - M.D.A.S.M.P.

15000

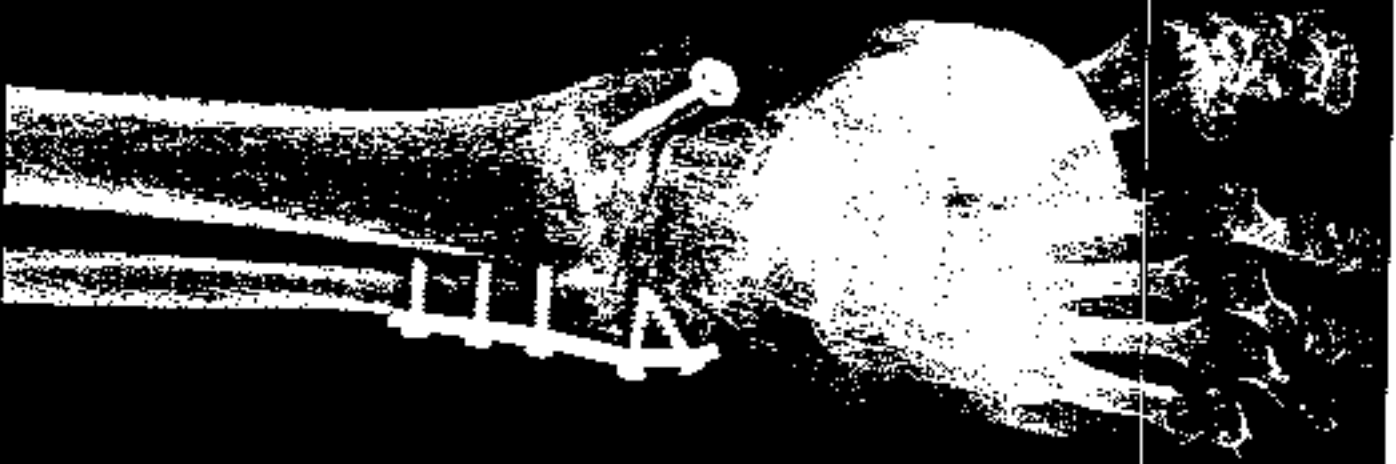
-OVERT - GORON - VOTA

1997.05.15

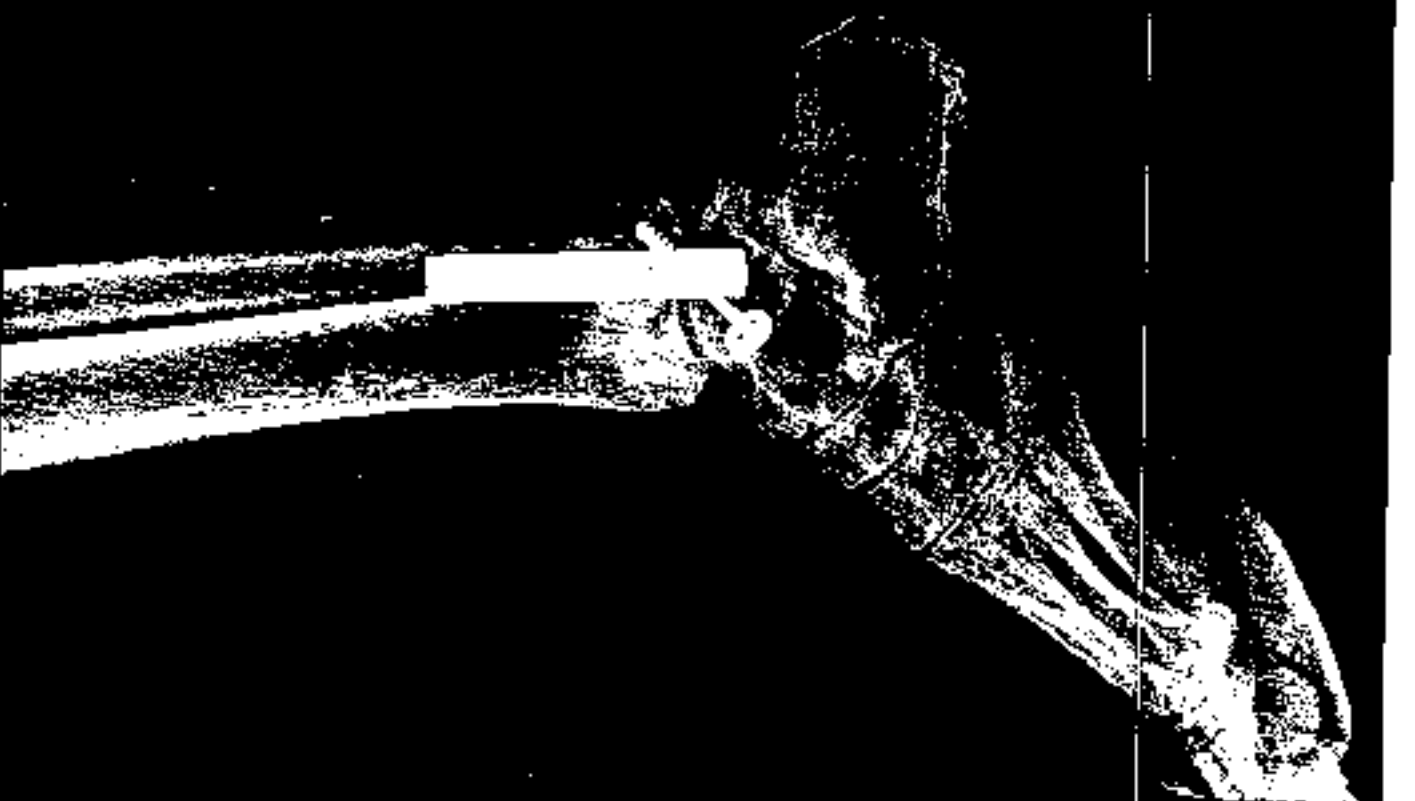
2012.05.25

13.0.98





D



ALLEN PAUL M. M.D.

1981

ALLEN PAUL M. M.D.

1981

1981

1981



ALFANDETTA, MARIA WOLFF

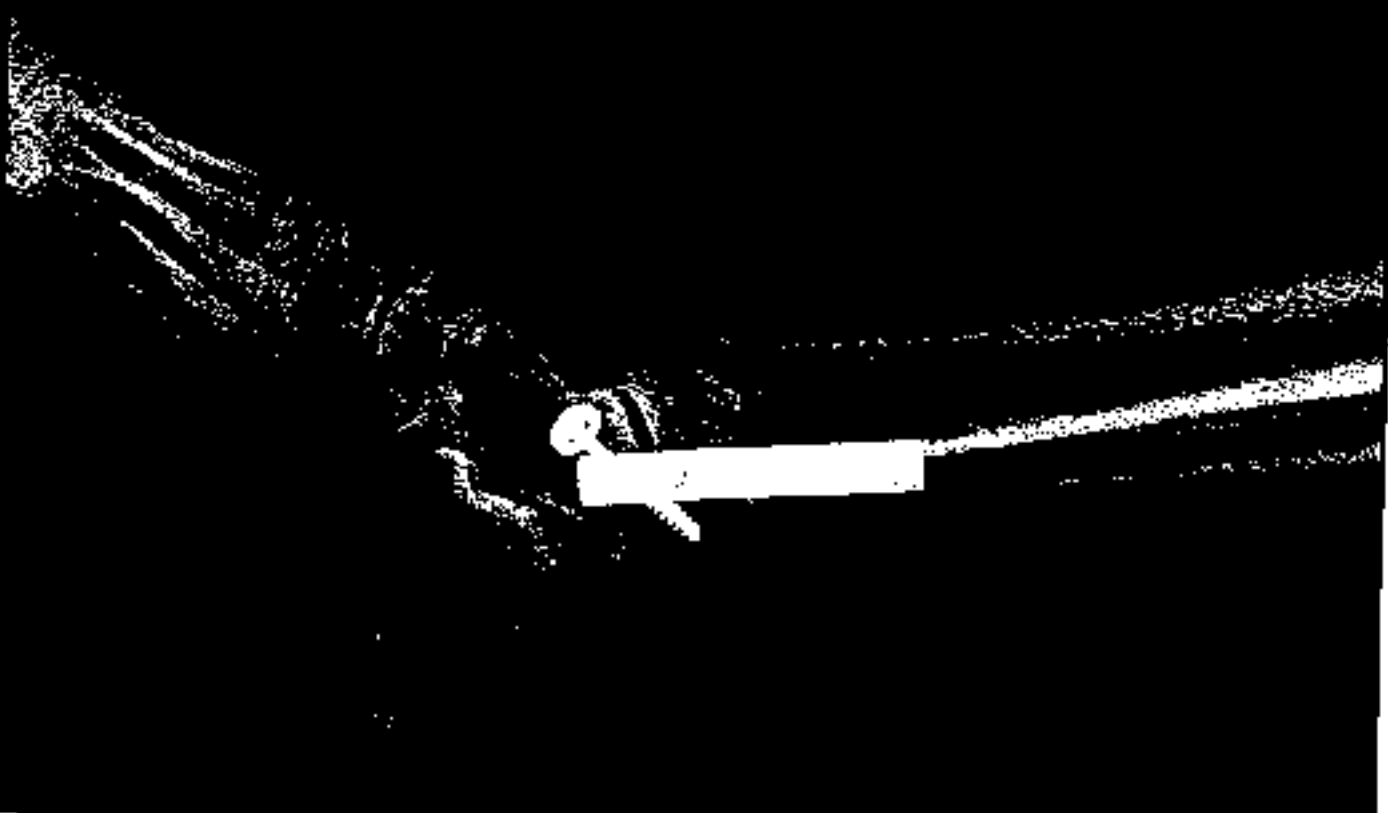
1922

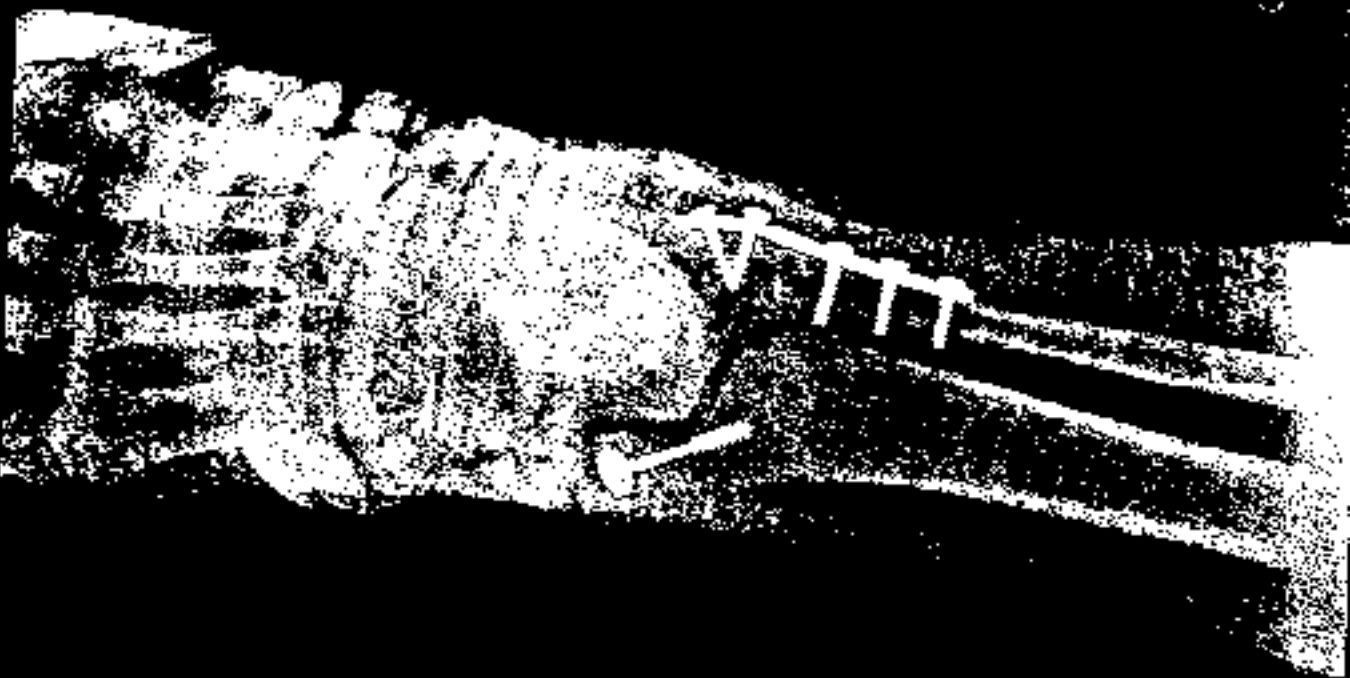
HOSPITAL GENERAL, LIVORNO

1923-1924

1925-1926

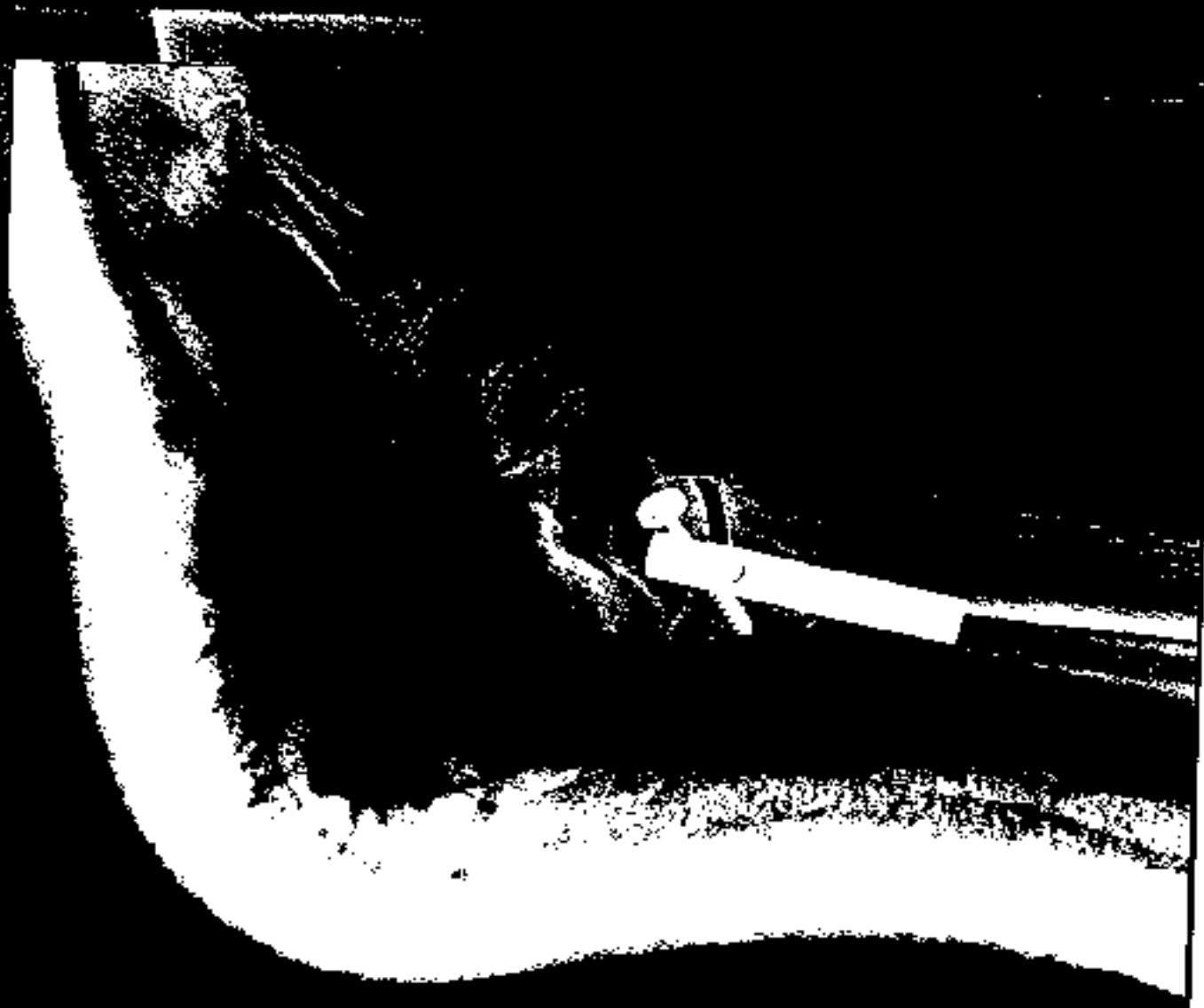
1927





ALLEN RA II XEIRA
 ROSELYA SOFONDI VOTA

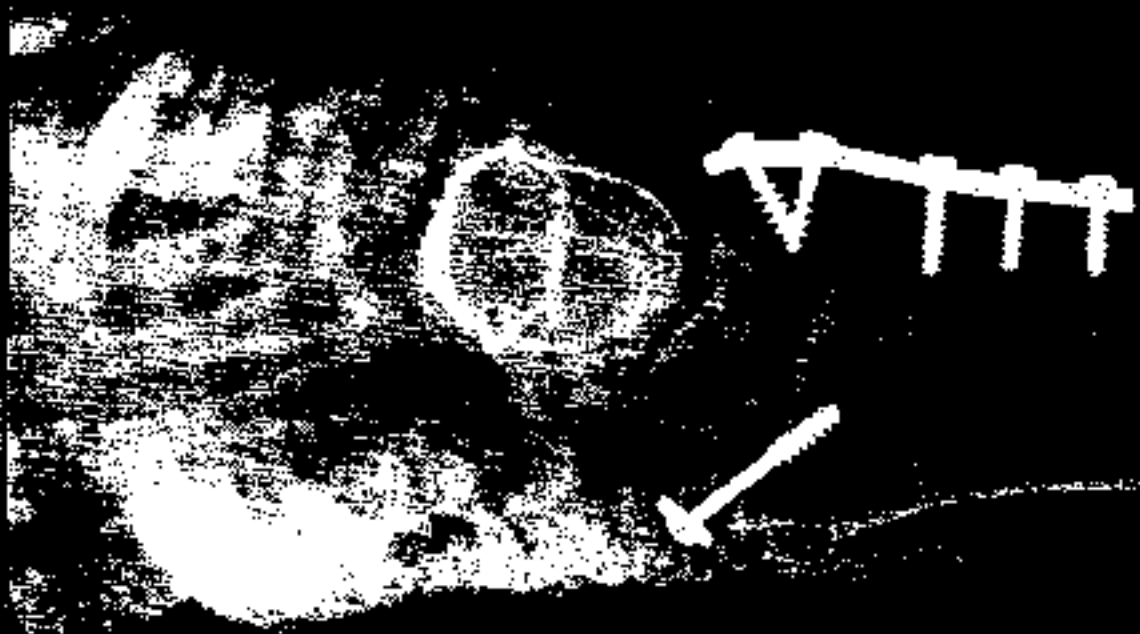
0000



ALLEN RA II XEIRA

0000

D



D



ALEXANDRE TEIXEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1994.1.10

1994.1.10

NOME: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

MÉDICO: ALBERTO FERREIRA DE SOUZA

Nº. Controle: TC

SUS

CCR_x

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
R. São Manoel, 100 - Centro - Curitiba - PR - 81100-000

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado aquisição volumétrica multislice, com cortes axiais de 1,25 mm, e posterior reformatação nos planos coronal e sagital e reconstrução tridimensional, evidenciando:

Fraturas cominutivas na extremidade distal da tíbia e fíbula com extensão para as superfícies articulares, associadas à edema das partes moles adjacentes.

Presença de calha gessada.

Sinais de desmineralização óssea difusa.

Esporão ósseo na face plantar e tuberosidade do calcâneo.

Não se observam massas ou coleções nas partes moles avaliadas.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 01 de agosto de 2018

021 41444444@ccrx.com.br clincacoxa@ccrx.com.br

114 3224-7999 199 3224-0366 494 8621-1081 Fax
494 59126 - 0122 Vivo (043) 94179 - 0955 Tim

"O presente laudo é uma reprodução subfidede das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas fornecidas neste pedido. Em caso de variações clínicas adicionais em relação ao pedido, não se responsabiliza por erros. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Camilo Bolzatto de Oliveira CRM RR 882

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Bolzatto de Oliveira CRM RR 1065

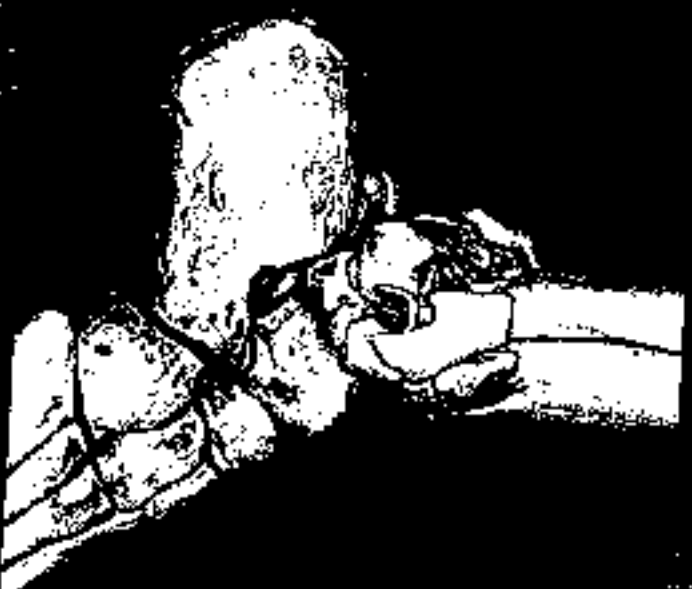
Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1020

Clinica Radiológica Oliveira

Av. 16 de Maio, 6553 - Centro, Jd. 9000 Niterói Filho
63.301-030 Bica Vieira-RJ



CCX
CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA



© 2007 Clinica de Arte e Cultura - clnicadecultura@gmail.com

clnicadecultura@gmail.com

☐ (95) 3224 - 7990 (95) 3224 - 0005 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 VIVO (95) 98119 - 0555 16h

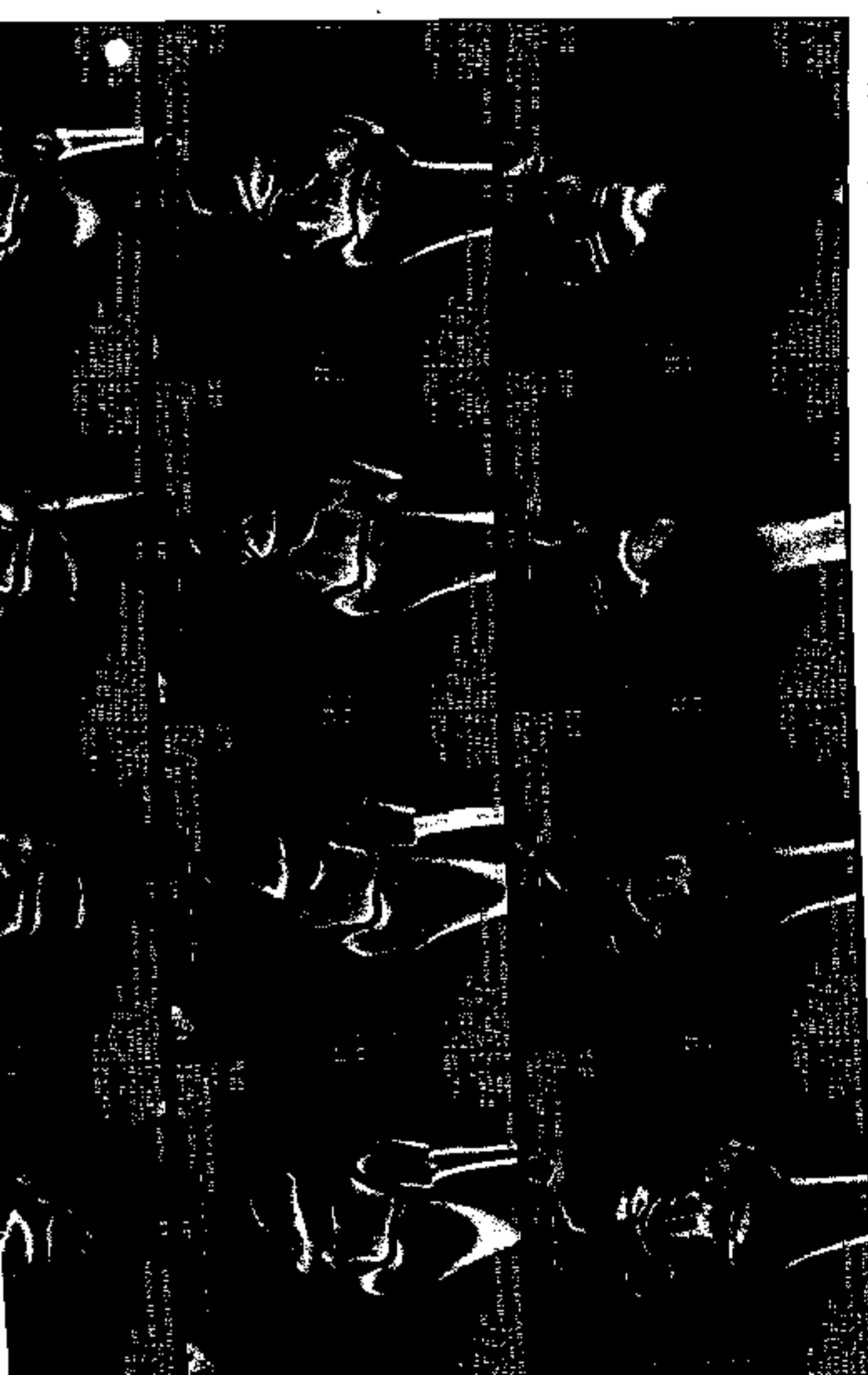
CC BY

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Valle Roy, 8522 - Centro, (3ac. com Araújo Filho)
69.201-200 Boa Vista-RN

CCRX

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

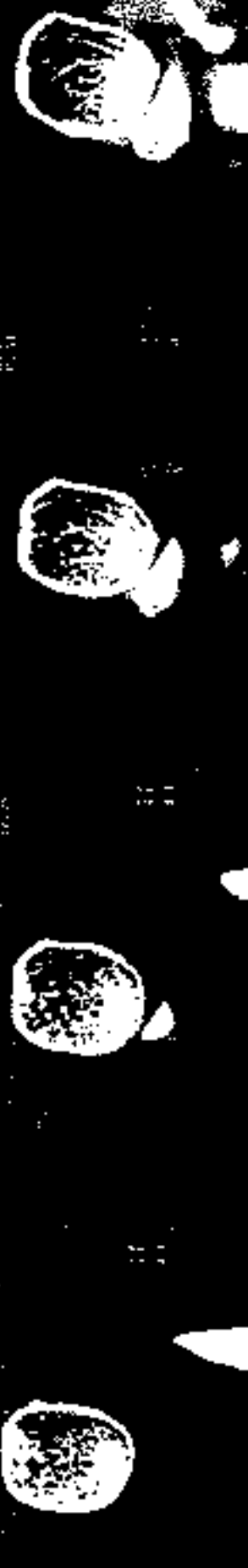
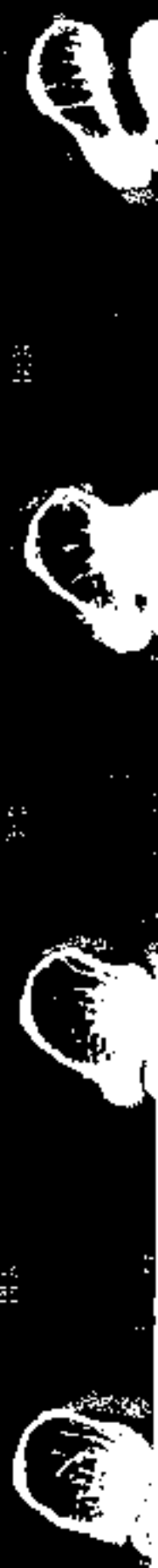


Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Enf. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA





☐ dentalcenter@broadmail.com dentalcenter@broadmail.com
(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 6985 (95) 3523 - 1001 Fax
(95) 99122 - 2122 Viro 959 94719 - 0556 Tlm

CCX

Clínica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro (Em frente ao Banco Itaú)
66.201-000 Boa Vista/RN

CCXX

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA





☑ dina@ccpjournal.com efm@ccpjournal.com

☐ (85) 3234 - 7999 (95) 2224 - 0435 (95) 3823 - 7091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vline (95) 98115 - 0555 15m

CCP

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Ruy, 6523 - Centro, Foz. Com. Araucária (PR)
54.301-0001 DDD 41-41-414



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

OLX



clinical@clinical.com clinical@clinical.com

1951 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3621 - 1091 Fax
1951 99122 - 2122 Vito (95) 88119 - 0555 Tm

CCRX



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE
OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que o(a) paciente Alzenira Teixeira Maurício da S. Pereira compareceu ao
Núcleo de Reabilitação para realizar tratamento
psicológica
No dia 09/10/18 de 14:00 a 15:00h.

Alzenira Teixeira
Boa Vista - RR, 09/10/18
Sistema de S. Maria
PSICÓLOGA
CPF 24161186

ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. Carlos João Brown, 124 - São Paulo - SP

Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro - NERF
Av. Ataíde Teive, 6459
Bairro: Canal
Fone: (93) 3625-0994/3627-7196



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATTESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

Nome.

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SÉRIE

NECESSITA DE 60 (sessenta) DIAS

DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA

C.I.D.

Boa Vista, 16 de 10 de 19

Dr. José Lopes Aguiar
Médico

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO - CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 83 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 80.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNHO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

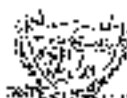
ATESTADO QUE O USUÁRIO ALZEMIR
TELLERIN NOVAIS
PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____
SÉRIE _____ NECESSITA DE 15 dias DIAS
DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.
C.I.D. _____

Por este 25 de 05 de 19

[Assinatura]
C.R.C. Nº _____

ASSINATURA E CARTEIRO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 8º DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 30.601, DE 11/00/87 E, SERÁ EFECTIVO ILUSTRIFICA-
TIVA DE 03 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE PATRIMÔNIO DO ESTADO
DIRETORIA DE TRIBUTOS E ATRIBUIÇÕES
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Dr. Hzenia Teixeira Moraes Assessora

H. G. R. da Silva Rosa

Bolton Cirurgião

Dr. ...

Assessoria Jurídica

SECRETARIA DE PATRIMÔNIO DO ESTADO
DIRETORIA DE TRIBUTOS E ATRIBUIÇÕES
P.O. 11.100-00 - CEP. 04.213-000

1900



GOVERNMENT OF ARIZONA
LEGISLATURE
COMMISSIONER OF LABOR
CONSTRUCTION DIVISION

QUESTA SEGUADORA È

DESTE SEGURADOR A DOP
AL CENTRO DE GESTÃO DE...

20 Nov 1971

000000000000

Laboratorio

Paciente su sofre acidente
do colar, apresentando fratura
de tornozelo direito, operada
em 14/05/11.

(17) 502.5, 502.6

At the same time, we should not forget that the

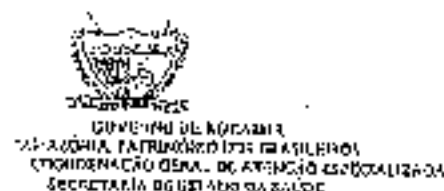
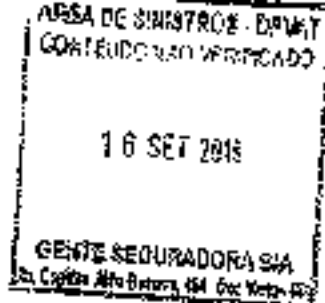
Temp. de cristallització de
nos. (mida) i de 70 (Temps de

04/26/2013

~~Dr. J. A. Jones~~
~~CONFIDENTIAL~~

2. *Phyllanthus* L.

[illegible]



INDIC: 20000. TERCEIRA NOVA, RECEBIMOS

LICENÇA

Paciente que sofreu acidente
de trânsito, apresentando lesões
de tornozelo direito, operado no
dia 08/08/18 no UAN.

Atualmente em uso de
bota ortopédica e reabilitação.
Em retorno normal para o dia
08/08/18.

08/08/18

Dr. José A. Lopes
CRM 10.000
Assistente Social

[illegible]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 444 - São Paulo - SP

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
547798

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA

CPF: 346.001.913-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: MOURAO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA I

CPF: 346.001.913-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ALZENIRA TEIXEIRA
MOURAO DA SILVA
ROSEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA