

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2832838620200904105054

Processo 0833855-27.2019.8.23.0010 ☆ - (317 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<div>Resises</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div>					
<div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div>					
82 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 82					500 por pág. 1
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
82	04/09/2020 10:50:54	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
		Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (31/08/2020)		Procurador	
		82.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL03.pdf	Público
		82.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2662556IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALJURAnexo02.pdf	Público
81	01/09/2020 17:19:08	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 01/09/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 78) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (31/08/2020) e ao evento de expedição seq. 80.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
80	01/09/2020 08:06:47	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 (seq. 78) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (31/08/2020)		Kennia Elen de Oliveira Lima	
79	01/09/2020 08:06:47	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 78) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (31/08/2020)		Kennia Elen de Oliveira Lima	
78	31/08/2020 19:22:04	JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO		Rogério Leonardo de Paula Dias	
77	20/08/2020 00:04:44	DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO (P/ advgs. de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO *Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/07/2020) e ao evento de expedição seq. 63.		SISTEMA CNJ	
76	13/08/2020 00:05:46	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/07/2020) e ao evento de expedição seq. 64.		SISTEMA CNJ	
75	13/08/2020 00:05:20	DECORRIDO PRAZO DE ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO (P/ advgs. de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO *Referente ao evento (seq. 54) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (23/07/2020) e ao evento de expedição seq. 56.		SISTEMA CNJ	
74	10/08/2020 00:00:23	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO) em 12/08/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/07/2020) e ao evento de expedição seq. 63.		SISTEMA CNJ	
73	07/08/2020 00:09:01	PRAZO DECORRIDO Sem Resposta - (Referente a(o) MANDADO determinado pelo evento PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(28/07/2020). Parte: ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO		SISTEMA CNJ	
72	04/08/2020 07:48:24	LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 30/07/2020 - Referente ao evento de expedição (seq. 65) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/07/2020 08:39:16). Parte: ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO		ALINE BLEICH SANDER	
71	04/08/2020 00:09:48	DECORRIDO PRAZO DE PERITO ROGERIO LEONARDO DE PAULA DIAS (Para Perito Rogério Leonardo de Paula Dias *Referente ao evento (seq. 54) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(23/07/2020) e ao evento de expedição seq. 55.		SISTEMA CNJ	
70	03/08/2020 18:59:08	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 65) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (29/07/2020 08:39:16). Parte: ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO		MARCELL SANTOS ROCHA	
69	03/08/2020 11:13:08	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 03/08/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/07/2020) e ao evento de expedição seq. 64.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO	
68	03/08/2020 00:05:09	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO) em 03/08/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 54) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (23/07/2020) e ao evento de expedição seq. 56.		SISTEMA CNJ	
67	01/08/2020 00:07:30	DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 54) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (23/07/2020) e ao evento de expedição seq. 57.		SISTEMA CNJ	
66	29/07/2020 10:11:53	REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 65) em 29/07/2020 08:39:16. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: MARCELL SANTOS ROCHA. Parte: ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO		JHEMENSON SANTOS FERREIRA	
65	29/07/2020 08:39:16	EXPEDIÇÃO DE MANDADO Prazo de 5 dias úteis. Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE(28/07/2020 22:34:47). Natureza: Intimação. Parte: ANTONIA CÉLIA ALVES DE ARAÚJO. Identificador do Cumprimento: 0002		ALINE BLEICH SANDER	
64	29/07/2020 08:37:31	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 62) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (28/07/2020)		ALINE BLEICH SANDER	
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO		ALINE BLEICH SANDER	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08338552720198230010

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

DA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito tendo em vista a divergência de informações quanto às circunstâncias do sinistro.**

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.


Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, conforme consta da perícia judicial, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Conforme podemos verificar no laudo abaixo, já houve pagamento da lesão apresentada e comprovada nos documentos médicos anexo ao processo, qual seja, lesão acometida no ombro esquerdo, não havendo nexa causal na lesão apresentada no polegar esquerdo, onde forma somente juntado nos autos radiografias do membro, não informando o agravamento da lesão e especificando se ocorreu a invalidez permanente no membro:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Seguradora LÍDER <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190512781	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES	Data do acidente: 20/05/2019	Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.				
Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.				
Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.				
Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 16/09/2019				
Conduta mantida:				
Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.				
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 dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 4 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000036079-4

Nr. da Autenticação 7D4F1CDB332E1F50

Eletrobras

Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CODIGO

0093231-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.023-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEPAP 360/10

Nº da Nota Fiscal 002684648

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ABRIL/2019 10/05/2019 482 424,61

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
R. ESCORPIAO 37 CIDADE SATELITE
CPF: 00038264935249
CEP: 69.317-500 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.11.449800

DADOS DA LITURA	CONSUMO	DATA DA LITURA
Atual: 53321		11/04/2019
Anterior: 52839		13/03/2019
Constante de Multiplicação: 1,000		Anterior: 14/05/2019
Consumo Medido: 482	FCAM	Próxima Litura: 10/04/2019
Consumo Faturado: 482		Emissão: 11/04/2019
		Apresentação: 29

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2821644	0 1424858	1.1.1.2	436

Consumo	Consumo	Consumo
MAR/19 494	CONSUMO 482 A R\$ 0,790945 =	381,23
FEV/19 499	CORRECAO MONETARIA DA 01/19-00	0,18
JAN/19 418	CORRECAO MONETARIA IG 01/19-00	2,98
DEZ/18 414	MULTA POR ATRASO DE I 01/19-00	1,57
NOV/18 606	JUROS DE MORA POR ATR 01/19-00	0,46
OUT/18 591	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,71
SET/18 433	JUROS DE MORA DE IMPO 01/19-00	5,93
AGO/18 488	ILUMINACAO PUBLICA	25,55
JUL/18 423		
JUN/18 463		

DEBITOS JA RELEVADOS	Valor R\$	Informação
02/2019	433,95	Informação sobre o débito: no valor de R\$ 433,95, com a descrição legal, até esta data, caso o cliente não tenha sido avisado, produzir uma lista de endereços de Eletrobras Distribuição Roraima com o endereço e o nome do responsável.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

0000.6358.7094.D8C2.13A8.8390.2E57.8276

RESERVADO AO FISCO

COMPENSADO	Valor R\$	Valor R\$
Distribuição: 200,79		Base de Cálculo: 17,00%
Energia: 0,00		Alíquota ICMS: 64,80
Transmissão: 10,43		Valor do ICMS: 1,84
Encargos: 75,33		Valor do PIS: 8,69
Tributos: 75,33		Valor do COFINS: 8,69

ROT	Valor R\$	Valor R\$
9,24	18,49	36,99
1,50	7,00	0,28
FLORESTA		02/2019
ROT: 32.001.24.11.449800		163,72

Eletrobras

Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 991 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.023-5)

0093231-0

TOTAL A PAGAR R\$ 424,61

04/2019

10/05/2019

002684648 FCAM

83600000004 1 24610075000 8 00000000003 5 23100419000 9



CFR: 00032 UC: 0093231-0 DT. LEIT.: 11/04/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 53321 NORMAL TOTAL: 424,61 CARGA: 010
DT. VENC.: 10/05/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1181

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Ene Garcez, 404 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RAIDON GOMES NASCIMENTO

RG nº 3651533, data de expedição 27/04/13

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 012 896 932 69

com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RORAIMA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. TELMA CAVALCANTE, nº 817

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES, cujo o condutor era

ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA XRE Ano: 2018

Placa: NAQ7046 Chassi: 9C2ND1110JR101381

Data do Acidente: 20/05/19

Local e Data: BOA VISTA, 27/05/2019.

RAIDON GOMES NASCIMENTO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

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

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Justo
CVC
ATF

1901112125 20/05/2019 11:37:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 17

Paciente: ANTONIA CELIA ALVES DE GUIMARAES
Data Nascimento: 08/01/1976 Idade: 43 A 4 M 12 D
Tipo Doc: Documento: 122298 Orgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 29/10/2007 Sexo: F Estado Civil: CASADO(A) Parda Raça/Cor: Naturalidade: Naturalidade: Brasileira
Mãe: EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO
Endereço: RUA - UNIVERSO - 1587 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR
Contato: (95) 99157-8369
Ocupação: NÃO INFORMADA

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

Queixa Principal: *traço pelo samu/tombou após colisão com moto x carro;*
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: *Ao VAP+ Colu(utro); B o mu @ oxeno. puída*
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) *Co o / mus de spto otu; Do ECG ss; RA @*

Exame Físico: *E o o / mus de spto otu; deformante em M S @*

Hipótese Diagnóstica:

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

PRESCRIÇÃO: *dipraz 2 @ 8h*
Kefop 1 @ 8h

ÁREA DE SINISTROS - DPMT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 SET 2019

Conduta:
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: *0250 PPM*
☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: _____
Carimbo e Assinatura do Médico: *Dr. Fernando André...*
Impresso por: cassio.lima
Data Hora: 20/05/2019 11:38:26



Perf. CT

Salve se em 10 (E)

para o pessoal

CD: Juba
L-1, 10 + 1



[Handwritten signature]

AVO: ATG	
Not.: 2546 75	
a do 105/19	
Notificador	

BLOCO D

DLT 23.05.19


 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

EXEDITA DA SILVA ALVES DE ARAUJO

RUA - UNIVERSO - 1589 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA PR

08/01/1976

0080194

95991157813169

PR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRIMÁRIO

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - PR

0308010019

5422 T068

V299

403-02



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Antônio Celso de Almeida</i>					
AGNÓSTICO <i>Antônio</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA		<i>10/6/14</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN 19/13</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>(12) 18 24 06 12</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>(22) 00 14</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>18 24 06 12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>22 10</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Relina</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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



SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110/76	84	18	36.2
18 H	135/74	86		
24 H	121/74	80	18	36.1

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20:45h - Afundossu,
P.A. 120/81 P-88
R 20 + 36 - 1906

103-2



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



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE Antonio Celso Alves Guimarães

AGNOSTICADO _____

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____

IDADE _____ LEITO 403-2 DATA 21-05-19

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SF 0.9% 500ML EV S/N

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 SSVV + CCGG 6/6 H

14 CURATIVO DIÁRIO

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

21 _____

ÁREA DE SINISTROS - SPUNT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

CENTE SEGURADORA SIA
Av. Capitão João Batista, 461 - Boa Vista - RR

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1615 / RQE: 684


SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	115/74	95	18
18 H	120/70	93	19
24 H	120/73	86	13

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

13 às 14h00 - Realizados cuidados de enfermagem. Adm. medicação cpm.
Janaína Maia de Silva
CRM-RR 47.582-AE

403-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		20/05/2019		DIH	
PACIENTE		ANTONIA CELIA ALVES GUIMARÃES			
DIAGNÓSTICO		FX UMEMO PROXIMAL E (COLO E TM)			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		43		LEITO	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manter
3		CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H			16:24 08
4		GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA			9:00
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6			18:24 06 12
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN
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 6/6 H			Rotina
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
14					
15					
16					
17					
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19					
20		351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

Obs: ao 02:20h Paciente apresenta dor na região das costas e ombros, feita medição LPM.

Obs: Paciente presente às 15:00h.

	P.A.	P	R	TA.
SINAIS VITAIS	138/60	60	-	36.1
6 H				
12 H				
18 H	130/80	78	29mpm	35.9°C
24 H	129x85	192	35.6	

Mirovan da C. Buena
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 548 477

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
19/05/2019

Francisco Alencar Rodrigues
COREN-RR 353.432 - ENF

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - FONE

403-2

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
03 SET 2019 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antonia Celso Alves Guimarães, 43^{os} ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/05/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do úmero proximal (E)

NO DIA 1/1/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 06/06/19, ÀS 13,00h, COM O
DR. Patrick

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Ubaldo

Dr. Odinachi Okemi
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RR

BOA VISTA, 10/05/19

MÉDICO

Nome **ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES**
Data: 22/05/2019 Idade: 43A Procedência: HGR
Médico Solicitante: EMIR SYGLA

Cód. Pac.: 57539

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Protocolo

Foram realizadas aquisições axiais de 1 mm, em aparelho multidetector.

* Exame realizado em caráter de urgência, conforme solicitação.

Indicação

- Trauma.

Relatório

- Fratura cominutiva na cabeça/colo femoral, com desalinhamento quase total /impactação ao nível do colo cirúrgico, associada a angulação da cabeça e relação ao úmero proximal. Relação cabeça umeral e glenóide preservada.
- Derrame articular glenoumeral. Presença de focos gordurosos no interior do recesso adjacente.
- Articulação acromioclavicular preservada.
- Demais estruturas ósseas preservadas.
- Edema subcutâneo margeando a musculatura do deltóide, podendo estar relacionado a estiramento muscular adjacente.
- Demais estruturas musculares sem alterações significativas.



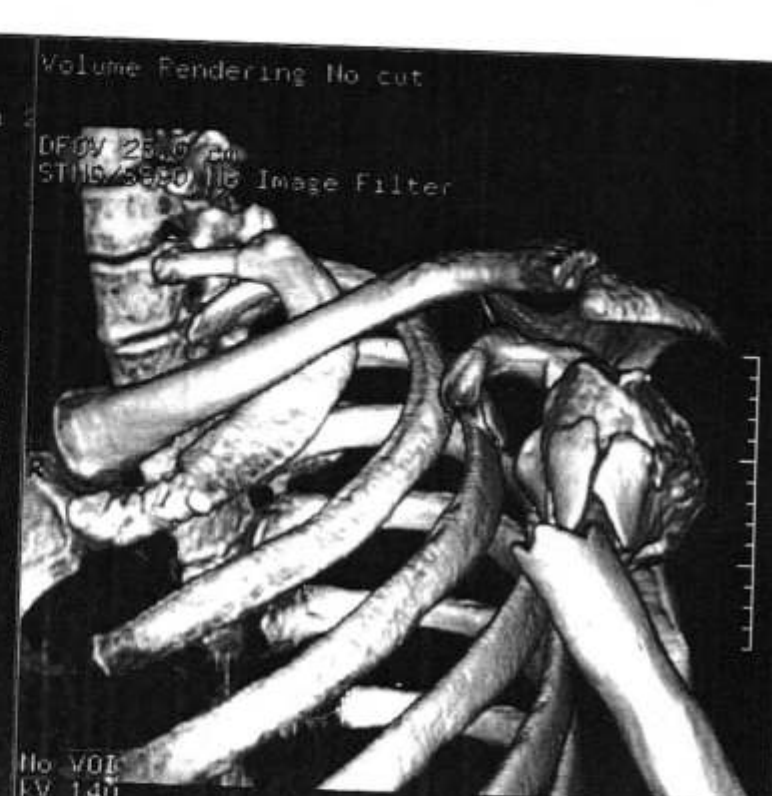
Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Dr. Leomar Hitotuzi

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

CRM1232

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Patient ID: 57539
Age: 43Y

Patient Name:
Sex:

Patient Name: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
Sex: F

1 / 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME
ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
122298 SSP RR

CPF
382.649.352-49

DATA NASCIMENTO
08/01/1976

FLUXÃO
JOSE RIBAMAR DE ARAUJO
EXPEDITA DA SILVA
ALVES DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04608556290

VALIDADE
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
04/10/2011

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
20/07/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

64564190492
RR209668938

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1653640699

PROIBIDO PLASTIFICAR
1653640699

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303956/19

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

CPF: 382.649.352-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2019

Titular do CPF: ANTONIA CELIA ALVES
GUIMARAES

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA 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

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES : 382.649.352-49

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: 03/09/2019
Nome: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES
CPF: 382.649.352-49

ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

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 dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,3(BAM) P.2(RELATÓRIO) P.7(ALTA) P.8,9(EXAME) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190512781**

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 000000036079-4

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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190512781

Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Data do Acidente: 20/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190512781 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES **Data do acidente:** 20/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO ÚMERO.

Descrição do exame físico: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA.

Resultados terapêuticos: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSÊNCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PÚBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019.

Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL COMPLETA DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: APÓS AVALIAÇÃO DO EXAME MÉDICO PERICIAL, É MANTIDA A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR, PORÉM É FEITA UMA ADEQUAÇÃO DO SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO, CONFORME SEQUELAS DESCRITAS NO EXAME FÍSICO.

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 dos ombros	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

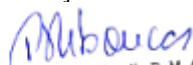
Número do Sinistro: 3190512781
Nome do(a) Examinado(a): Antonia Celia Alves Guimaraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Escorpiao, 37 Prox. A Material de Construcao Satelite
Cidade Satelite Boa Vista RR CEP: 69317-500
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 122298
Data local do acidente: [20/05/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MSE: FRATURA NO ÚMERO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSENCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PUBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019
Complicações: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + AUSENCIA DE FORÇA MOTORA DO MÊMORO + AUSENCIA DO MOVIMENTO DE PINÇA/APRENSÃO DA MÃO
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
TC OMBRO E(22/5/19): FRATURA COMINUTIVA NA CABEÇA /COLO FEMORAL (NA VERDADE É UMERAL)

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

38264935249

ANTONIA CENHA A GUIMARAES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel(DDD):

ANTONIA CENHA ALVES GUIMARAES

38264935249

SERV. GERAIS

R. ESCORPIÃO

37

CID. SATELITE

BOA VISTA

RR

69317500

95991578369

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 000360794

AGÊNCIA: CONTA:

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 identificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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

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, 02/09/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

545251

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 21/06//2019

COMUNICANTE: ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES
RG: 122298 O. EXP.: SSP/RR CPF: 38264935249
ENDEREÇO: RUA - ESCORPIÃO, 37
BAIRRO: CIDADE SATÉLITE CIDADE: BOA VISTA - RR
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS
NATURALIDADE: BARRA DO CRODA ESTADO: MA
DATA DE NASCIMENTO: 08/01/1976 IDADE: 43 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR INCOMPLETO
ESTADO CIVIL: CASADO TELEFONE: 99157-8369 Nº REG. CNH: 04608556290
NOME DO PAI: JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO
NOME DA MÃE: EXPEDITA DA SILVA ALVES DE ARAÚJO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 10h30min do dia 20/05/2019, NA AVENIDA DOS IMIGRANTES COM RAIMUNDO PENA FORTE.

A comunicante acima qualificada compareceu nesta Delegacia para relatar que seguia no endereço acima citado na MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PLACA NAQ-7046, DE COR VERDE, ANO 2018/2018, CHASSI 9C2ND1110JR101381, RENAVAL 01154933889 DE PROPRIEDADE DO SENHOR RAIDON GOMES NASCIMENTO; Quando a comunicante foi surpreendida por um veículo desconhecido que vinha pela Rua RAIMUNDO PENA FORTE e que o mesmo não obedeceu a Placa de Sinalização; Que a comunicante não conseguiu evitar a colisão; Que a equipe do SAMU esteve no local prestando os primeiros socorros e levando ela para o HGR; Que no HGR realizou exame de raio X; Que os médicos constataram haver FRATURA MSE, ALGIA EM OMBRO ESQUERDO, ALGIA LOMBAR E FRATURA NO DEDO POLEGAR ESQUERDO; Que esse registro é para fins de SEGURO DPVAT; É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO E LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO:

Antonia Célia Alves Guimarães
ANTONIA CÉLIA ALVES GUIMARÃES

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

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



<p>AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA CIVIL Givanildo da Silva Vieira Mat. 04200083519</p>		
--	--	--

71A
C. S. S. S. S. S.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Batista, 604 - Boa Vista - RR



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 0906

SAMU
192

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE DE
BRAVO II

EQUIPE:

Nardison / Felton

Paciente: ANTONIA CELIA ALVES GUIMARAES

Idade: 43

Sexo: F

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: AV. Imigrante C/ Raimundo Pena

Bairro

Nº 8207 DATA 20/05/19

HORA J/9: 10:43

BASE VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dra. Verônica

HORA J/10: 10:49

[X] CELULAR

MOTIVO INICIAL

Colisão carro x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X]

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- [X] Acidente de trânsito [] Urgência psiquiátrica [] Queimadura [] Urgência obstétrica
 [] Agressão física / espancamento [] Tentativa de suicídio [] Choque elétrico [] Transferência
 [] Agressão física - FAF [] Envenenamento [] Queda [] Exame complementar
 [] Agressão física - FAB [] Afogamento [] Urgência clínica [] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[] Pedestre [X] Condutor [] Passageiro [] Ignorado	[] A pé [] Automóvel [X] Motocicleta [] Bicicleta	[X] Automóvel [] Motocicleta [] Ônibus [] Micro-ônibus	[X] Capacete [] Cinto de segurança [] Airbag [] Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VÍAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[X] Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Outro:	[] Apnéia [] Dispnéia [] Bradpnéia [] Taquipnéia	[X] Bradicárdico [] Taquicárdico [] Enchimento capilar acima de 2" [] Pulso radial ausente [] Pulso central ausente [] Cianose central [] Extremidade	[] Miose [] Midríase [] Anisocoria [] D [] E [] Aparentemente Alcoolizado [] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 11:13	130/90	110	22	97	—	—	08	35
Fim 13:49	130x90	125	20	98	—	—	05	15

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros: <i>Felton</i>	4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta

ÁREA DE SINISTROS - DEB
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Rua Capitão João Botelho, 404 - Boa Vista - PB

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGNESSA

[] Ritmo Sinusal [] FV [] Taquicardia Sinusal [] TV [] Flutter Atrial [] AESP [] Fibrilação atrial [] Assístolia	[] Neurológica [] Metabólica [] Respiratória [] Infecçiosa [] Cardiovascular [] [] Digestiva	[] Diabetes [] Alergias [] Cardiopatia [] Outros [] HAS [] Medicação de uso
---	--	--

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Iliso

[] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Óbito

 Rutter Diego de M. Bottnelly
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM-RR 1276 / BOE-645

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL

Em 07/06/19

Bombeiro

Outros: Stephanie

- [] Cancelamento
 [] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização
 [] Não se encontrava no local
 [] Trote

MEIOS ACIONADOS

- [] Polícia Militar
 [] Guarda Municipal
 [X] SMTRAN

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário de acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

INCIDENTES

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RJ

SAMU 192-RV
CONFERE COM

Em 07/09/19

Stephanie
FABRICI

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 20	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Equipe acionada para solicitação de socorro, ao chegarmos no local encontramos vítima em decúbito ventral, após retirada de sapatos, foi realizado rolamento de 360 em etapas, com segurança do cervical. Após avaliação secundária foi constatado possível fratura em MSE, algia em ombro esquerdo + algia lombar. Realizado ATW com a regulação que orienta analgesia + transporte ao G.T do HCR.

Dr. Sidney Rodrigues Leite
COREN - RJ 34.723 TE

Materiais: