

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:
2637871520200217112645

Processo 0803744-26.2020.8.23.0010 ☆ - (11 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 4847 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à **Descrição:**

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-]	9	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2694720CONTESTACAO01.pdf	Público
9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2694720CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
8	14/02/2020 08:56:57	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/02/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+]	7	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - utilizando contrafé	GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO Analista Judiciária
[+]	6	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS Magistrado
5	05/02/2020 12:10:32	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	05/02/2020 12:10:32	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	05/02/2020 12:10:31	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	05/02/2020 12:10:31	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+]	1	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	VALDENOR ALVES GOMES Advogado



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

Processo: 08037442620208230010

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 **PAULA MESQUITA CARVALHO**, 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 **04/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 15/10/2019.

Cumprе 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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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 15/10/2019 após 01 ANO E 11 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 04/11/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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!

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;

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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.

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 irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

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)

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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **04/11/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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.

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.

⁴ RECURSO 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.

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.”

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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS 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

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.

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.

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, 10 de fevereiro de 2020.

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 cursam 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 **PAULA MESQUITA CARVALHO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08037442620208230010.

Rio de Janeiro, 10 de fevereiro de 2020.



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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR/PSI E
AV. URUGUAIENSE EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR
16/05/2017

17038R0023 06/11/2017 17:34:14

Paciente: **PAULA MESQUITA CARVALHO**
Data Nascimento: **17/05/1978** Idade: **41 A 5 M 18 D** LNS: **861434321385801** CPF: **017**
Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO/A** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
Mãe: **WALLÉCI MESQUITA CARVALHO** Pai: **NC** Condição: **(95) 93129-8043**
Endereço: **RUA - BARNABÉ ANTONIO DE LIMA - 1215 - ALVORADA - BOA VISTA - RR**
Causa da Doença: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N.º de Carteira: **---** Validade: **---** Atualização: **---** Situação: **---**
Motivo da Atendimento: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** Origem da Atendimento: **URGÊNCIA** Profissão, em Atual.: **---** Procedência: **---** Tempo: **---** Hora: **---** Pressão: **---**
Solu: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Exame: **SAMU CAPITAL** Transmissão Ru.: **---**
Quelixa Principal: **---** Registro por: **WESLEEN ROCHA**
Anamnese de Enfermagem: **---** ☒ Síndrome Fibril ☐ Síndrome Respiratória ☐ Síndrome de Dengue

Acidente de Trânsito

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **---** **40 minutos** **contínuo**
GSC: **---** TOTAL: **---**
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **---** **08:30** **12:34:06**

Exame Físico: **Defundido, inconsciente, ferimentos**
Hipótese Diagnóstica: **→ Ex. apêndice hemorrid. (D)**
SADT - Exames Complementares: ☒ RIMEX ☐ JULIARSON ☐ JO ☐ JANGUL ☐ JILINA ☐ JED ☐ JOUTROS

PRESCRIÇÃO: **Dipirona 180 mg**
Tel. 927 5111
Rx. Oxal / Buss (D)
13/05/2017
APRAZAMENTO: **13/05/2017**
OBSERVAÇÃO: **13/05/2017**
Condição: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Família ☐ Alta a Revalia ☐ Transferência para: **13/05/2017**
Óbito: ☐ Antec. 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ J. Anestesia Policlínica

Assinatura do Paciente ou Responsável: **---**
Assinatura do Médico: **---**
Carimbo e Assinatura do Médico: **---**
Data: **06/11/2017 12:35:23**
Data: **06/11/2017 12:35:23**

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SUBSISTENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ORGÃO SUBSISTENTE

3 - UNES

4 - UNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - SEXO DO PACIENTE

7 - SEXO

8 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

9 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

10 - NOME DO PAI DO RESPONSÁVEL

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID. DO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - FUNDAMENTAR AS SINTOMAS CLÍNICAS

18 - CONDIÇÃO SOCIAL JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO RESUMIDO DE PRINCIPAIS DOENÇAS (RESUMIR DOENÇAS PREEXISTENTES)

20 - RESULTADO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID - PRINCIPAL - 22 - CID - OUTRAS DOENÇAS - 23 - CID - OUTRAS DOENÇAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PACIENTE RESIDENTE NO ESTABELECIMENTO

30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE ASSINANTE

31 - DATA DA ASSINATURA

32 - ASSINATURA (CARIMBO) DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIA)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO NO LUGAR

36 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

37 - ACIDENTE DE TRABALHO EM VIAGEM

38 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

41 - EM RECURSO

42 - EM RECURSO

43 - AUTOMÁTICO

44 - DESTINATÁRIO

45 - DESTINATÁRIO

46 - DESTINATÁRIO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DATA DO LAUDO

51 - Nº DO LAUDO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408020393

5423

5299

(até 16-11)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Paulo Augusto Costa

Data: *21/11/84* N.º _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Ex. posto para o D*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Anticancerígeno específico para o posto*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Quimioterapia*

MEDICAÇÃO E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O posto para*

CIRURGIÃO: *Paulo Augusto Costa*

1º AUXILIAR: *Paulo Augusto Costa*

2º AUXILIAR: *Paulo Augusto Costa*

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTA: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

BOLETA DE REGISTRO
DE ATENDIMENTO
EM CLÍNICA
DE ESPECIALIDADE
DE 1984



RELATÓRIO CIRÚRGICO

Em 21/11/84, às 10h, foi realizada a cirurgia de antecancer para o D. Paulo Augusto Costa, com a finalidade de controle do câncer por meio da quimioterapia. A intervenção foi realizada com sucesso, sem complicações. O paciente foi encaminhado para o tratamento de suporte. O Dr. Paulo Augusto Costa, Cirurgião, assinou o relatório.



HOSPITAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO
CENTRO DE ANESTESIA

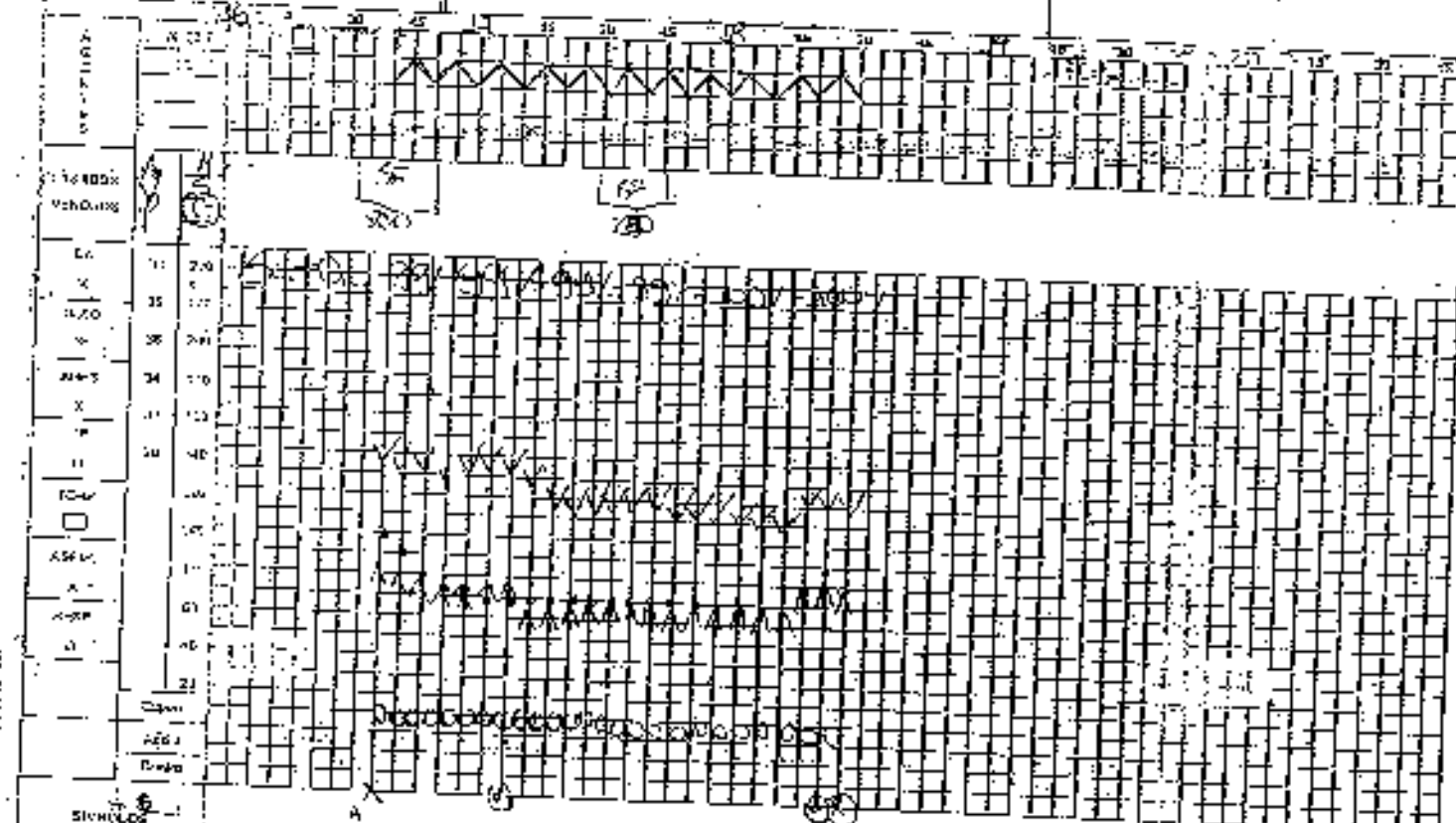
FICHA DE ANESTESIA

Paula Mesquita Carvalho, 43a

04/11/17

PREMEDIÇÃO - INDUÇÃO - MANUTENÇÃO - RESSUSCITAÇÃO

Midazolam 5mg EV
Fentanil 50mcg EV



AGENTES 1. Midazolam 5mg EV 2. Fentanil 50mcg EV 3. Propofol 30mg EV 4. Propofol 40mg EV 5. Propofol 40mg EV	TECNICA 1. Técnica de planejamento 2. Técnica de planejamento 3. Técnica de planejamento 4. Técnica de planejamento 5. Técnica de planejamento	PARÂMETROS 1. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 2. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 3. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 4. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 5. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2)
QUANTIDADE 1. 5mg 2. 50mcg 3. 30mg 4. 40mg 5. 40mg	USO 1. Indução 2. Indução 3. Indução 4. Indução 5. Indução	Observações 1. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 2. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 3. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 4. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2) 5. Monitorização (ECG, SpO2, PnO2)

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura do Cirurgião

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APR OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Inda. Hospital em São Paulo		18/05		04 / 11 / 17
RPO		CIRURGIA		
Fatores Extremos do Limbo distal		INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO	TEMPO TOTAL
		18:00	18:27	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Joaquim		ANESTESISTA:		
1ª AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
R. M. / R. P. / R. P.		INSTRUMENTADOR		
2ª AUXILIAR		CIRCULANTE		
		W. M. / S. M. / R. M.		
DE ANESTESIA: VACC. 100 EPV		TEMPO DE DURAÇÃO:		
		R. M. / W. M.		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTIS COMPRESSIONAIS C/30 UNID.		1	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.0		1	FRASCOS-SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0
1	LUVA ESTÉRIL 8.5		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 15		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROFEN Nº
1	DRENO DE PANROSE Nº		1	FIO SERA Nº
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSE
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº
1	SERINGA 10ML		1	GHOFOAM
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS FM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Rosa

FUNÇÃO RESPONSÁVEIS

CIRCULANTE DE SALA

W. M. / S. M. / R. M.

W. M. / S. M. / R. M.

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE RORAIMA		Reg: 4747/02		Lote: 51392		Quant: 1 PC	
PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	
PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	
PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	
PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE		PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	

CENTRO DE INDICIO ANESTÉSICO

Nome: Dr. Paulo Henrique de Aguiar
Resumo: Dr. Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONHECIDO:

☒ Identidade

☐ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento: ☐ Sim ☒ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Ativo ☒ Não se Aplica

SÍTIO DESTACADO

☐ Sim ☒ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipe central/assistência disponíveis

QUANTO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e pessoal responsável acionado e encaminhado para triagem

Monique Marques
Enfermeira
CRP/RN 1876

Assinatura

Horas: 16:50

CENTRO DE INDICIO ANESTÉSICO

Nome: Dr. Paulo Henrique de Aguiar
Resumo: Dr. Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONHECIDO:

☒ Identidade

☐ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento: ☐ Sim ☒ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Ativo ☒ Não se Aplica

SÍTIO DESTACADO

☐ Sim ☒ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ MONITORAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☐ Sim, e equipe central/assistência disponíveis

QUANTO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e pessoal responsável acionado e encaminhado para triagem

Monique Marques
Enfermeira
CRP/RN 1876

Assinatura

Horas: 16:50

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

Arrestado: Dr. Paulo Henrique de Aguiar

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM, SELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONTROLARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Sítio cirúrgico

☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

(a) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, durante a cirurgia e perda sanguínea prevista.

(b) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Pré cirurgia preocupação específica em relação ao paciente

(c) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros serão presentes e de acordo da validade de esterilização (incluindo resistentes ao hidrólise), Higienização, e controle de temperatura, etc.

A PROTEÇÃO ANTICÓPIA, JELANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim

Qual: Dr. Paulo Henrique de Aguiar

AS MAQUENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

SÁIDA (Sala Pós-Operatória)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETS

☒ Sim ☐ Não

☐ Não se Aplica

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

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÁ PROCUPOÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

☒ Sim ☐ Não

☐ Não se Aplica

Monique Marques
Enfermeira
CRP/RN 1876

Assinatura e Confirmação

<< ROLLBACK

348

0.746 2.0000

0.746

0.746

Paula M. Cavalheiro
vte 03/10 08

Kelen M. M. M.
The Management
Company 10/20/2010

11
11

PAULA MESQUITA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

01/10/2017 00:24:25

93779



DN

HORARIO

5

2

3



5

6

7

H

14

1.

—

47

13

15

25

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI;
>400: 10UI E QUANTIDADE DE GLICOSE < 60 DI/ML, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

6 H

12 H

13 H

24 封

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	05/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				12h 18/24
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h 18/24
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				8h
7	SSVV+CCGG 8/8 horas				DOXINA
8	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
9	ceftriaxona 1g 12/12 av				4h 24h
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				12h 18 24h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

Dr. Pablo C. Echeverria Jr.
 Médico
 CRM-RR 1902

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	116/70	73		36,1°C			
12 H	120/80	60	23	36,1°C			
18 H	110/70	80		36,6°C			
24 H	102/68	65		36,2°C			



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	06/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0.9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.8% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 8/8 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero a direita. paciente foi submetido a tratamento da fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

DATA 07/11/17

HORA 04:35

Assinatura

Dr. Paulo C. Echeverri Jr.

Médico

CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	130/20	80	-	36			
12 H	130/80	74		35.8			
18 H	124/80	70		36.7			
24 H	123/80	56	28	36.8			



RESPOSTA: _____
NOME: Paula Maria Gomes de Almeida
ADEL: 11 REGISTRO: _____
LUGO: A ENFERMARIA: 118 LEITO: _____
VI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Dr. João Carlos PARA: Dr. Roberto
Dados Clínicos: _____

Dr. Roberto

11/11
Data

CRM-MG 1908
Médico

Pré-operatório =
Sem alterações cardíacas
TA 110 x 70 mmHg
FC 80 bpm
ECG: Sinal de S, T, R
ECG: Sinal de S, T, R

8/11/78 Dr. João Carlos Dr. Roberto
Data Médico



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	IAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	08/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS en				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 cv				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Richezmann
 Médico
 CRM-RR 1506

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	120/30	68	—	37°C	Rosilene Garcia P. Mendes Técnica de Enfermagem COREN-RR 552.098.71
12 H	150/80	85	—	36°C	Gláucia Nilton de Sousa Ruyter Analista de Enfermagem COREN-RR 361318 - ALIM
18 H	100/74	85	—	36,8°C	
24 H	100/60	68	—	37°C	



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	09/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 av				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 2D MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Albuquerque Jr.
 Assinado
 09/11/2017

	PA	FC	TEMP			
SINAIS VITAIS		73	35,7			
6 H	150x70					
12 H	125x69	69	36,6			
18 H						
24 H	140x70	65	36,6			



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	10/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAO > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS					
6 H	130x86	69	37,9		
12 H	120x90	71	36,4		
18 H	120x90	68	36,4		
24 H	120x80	67	37,0		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	11/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8h-20h
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				11h-18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h-18h
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS an				8h-20h
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				12h-18h
8	CURATIVO DIÁRIO				01
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				18h-20h
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				18h-20h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

ach item se não administrado, pois paciente não havia liberado nada nem em regular

Getulio da C. Lima
Fórmula de Endemogen
CRM 296772

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	109/70	70	22	36,4			
12 H	130/70	77		36,7°C			
18 H							
24 H	110/80	65	23	36,5			

07h-18h - Paciente calma, orientada em tempo e espaço, calma, limpa e hidratada, em repouso no leito. Refere boa tolerância alimentar, eliminação fisiológica presente. Realizado AVP em 14.56, 01 glicose 122. 900ml



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	peuda mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	12/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				12h 2h 4h 6h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h 20h 05h
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS st				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				14h 20h 05h
8	CURATIVO DIARIO				M
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				14h 20h 05h
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				14h 20h 05h
11	Paracetamol 40mg 1 a 2x ao dia				14h 20h 05h
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA: paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

[Assinatura]
 12/11/2017

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	120 x 60	64	20			
12 H	155 x 80	76	20	36,4°		
18 H	148 x 70	81	20	36,1°		
24 H	110 x 70	66	20			

18h Paciente orientada, consciente, colaborante
 ferida limpa, seca e desinfectada s/queixas.

[Assinatura]
 12/11/2017



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	13/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	FRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/8 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11	Tiludil 40mg EV 8/8h				
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRA CITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Albuquerque Jr.
 CRM-RR 1203

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	113x76	67	-	36,3			
12 H							
18 H	120x80	58	22	36,4			
24 H	140x90	75	18	36,3			

12h Pat Hiper-tensão, sem sintomas
 no momento P.A 120x80 FC 80
 FR 18 Tax: 36,5
 Isaquiel Lima Silva
 Técnico de Enfermagem
 CRM-RR 27564/17



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Paula Mesquita Carneiro

DIAGNÓSTICO

fratura exposta de umero a direita

ALERGIAS

nega

HAS

nega

DM

nega

IDADE

41

LEITO

118-6

DATA

14/11/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas

5

DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS

8

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sr.

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIARIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas vo

11

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

119/80

64

-

36.5°C

12 H

118/80

64

-

36.6°C

18 H

120/80

80

-

-

24 H

118/70

72

24

37.1°C

Paula Mesquita Carneiro
Médica do Externo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE paula mesquita carvalho

DIAGNÓSTICO fratura exposta do umero a direita

ALERGIAS: **nega** HAS **nega** DM **nega**
 IDADE: **41** LEITO **118-5** DATA **15/11/2017**

PRESCRIÇÃO

1. DIETA GERAL LIVRE

2. SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas

6. DIFIRONA 1G EV 8/8 HORAS

6. TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7. SSVV+CCGG 6/6 horas

8. CURATIVO DIARIO

9. ceftriaxona 1g 12/12 cv

10. clindamicina 600 mg 6/6 horas vo

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

101.

102.

103.

104.

105.

106.

107.

108.

109.

110.

111.

112.

113.

114.

115.

116.

117.

118.

119.

120.

121.

122.

123.

124.

125.

126.

127.

128.

129.

130.

131.

132.

133.

134.

135.

136.

137.

138.

139.

140.

141.

142.

143.

144.

145.

146.

147.

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161.

162.

163.

164.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.

282.

283.

284.

285.

286.

287.

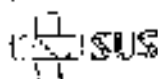
288.

289.

290.

291.

292.



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 ESTADO / DISTRITO DO LAUDO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CENTRO NACIONAL DE REGISTRO

10 - NOME DA MÃE (OU DO RESPONSÁVEL)

12 - NOME DO PAI, SE CASADO

13 - DATA DO NASCIMENTO

8 - DATA DO NASCIMENTO

11 - TESTE DE HEMOGLOBINA

14 - CID - REG. MUNICIPAL

15 - UF

16 - OUT

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

pac. cl. H 5 med. cl. cl. cl.
unero @ Sob FE

18 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E/OU INTERNAÇÃO

unero

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO

EF 1974

20 - DESCRIÇÃO DO LAUDO CLÍNICO

unero @ Sob FE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

unero @

22 - CID

23 - CID

24 - CID

25 - CID

26 - NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

27 - DATA DO LAUDO

28 - DATA DO LAUDO

29 - PRESENCIA EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - CID

31 - CID

32 - CID

33 - CID

34 - CID

35 - CID

36 - CID

37 - CID

38 - CID

39 - CID

40 - CID

41 - CID

42 - CID

43 - CID

44 - CID

45 - CID

46 - CID

47 - CID

48 - CID

49 - CID

50 - CID

51 - CID

52 - CID

53 - CID

54 - CID

55 - CID

56 - CID

57 - CID

58 - CID

59 - CID

60 - CID

61 - CID

62 - CID

63 - CID

64 - CID

65 - CID

66 - CID

67 - CID

68 - CID

69 - CID

70 - CID

71 - CID

72 - CID

73 - CID

74 - CID

75 - CID

76 - CID

77 - CID

78 - CID

79 - CID

80 - CID

81 - CID

82 - CID

83 - CID

84 - CID

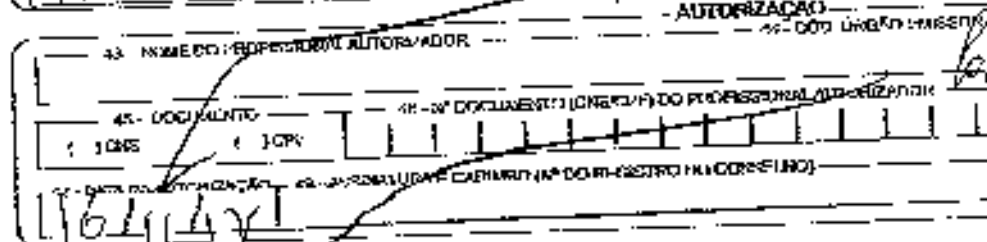
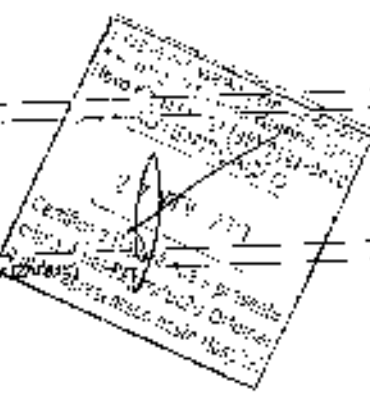
85 - CID

86 - CID

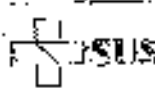
87 - CID

88 - CID

89 - CID



0408030013
0408020393 + 5
0408060360 + 1842



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CIPSA

4 - CINES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CASSAC (CASSACOM - IN: SAÚDE) (CIAS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TEM HAMBRE OU EDIÇÃO SPONSORADO

12 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. REG. MUNICIPAL

15 - UF

16 - CL

JUSTIFICATIVA DA DIFERENÇA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*pt cl fatura cobrada
sob re*

18 - HISTÓRICO DE OUTROS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

confia

19 - HISTÓRICO DE EXAMES DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E EXAMES REALIZADOS

EF 794

20 - NOME DO ENFERMEIRO

fatura cobrada

PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO

22 - CLÍNICA

23 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

24 - DOCUMENTO

26 - Nº DO LEMBO DO CONSELHO DO PROFISSIONAL DO PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (Especialista)

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO DO CO-RECIPIENTE DO CONSELHO

30 - ACIDENTE DE TRÁFEGO

31 - ACIDENTE EM LOCAL ABERTO

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - Nº DO DA SEGURANÇA

34 - Nº DO ENFERMEIRO

35 - NOME

36 - VEÍCULO COM A RESPONSABILIDADE

37 - CHAM DA EMPRESA

38 - CATEGORIA

39 - CATEGORIA

40 - INTERESSADO

41 - INTERESSADO

42 - INTERESSADO

43 - INTERESSADO

44 - INTERESSADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DO LEMBO DO CONSELHO DO PROFISSIONAL DO PLANEJAMENTO ASSISTENCIAL

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO PROCEDIMENTO

16/11/14

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETA OPERATÓRIA

BOLETA OPERATÓRIA

Paulo Mesquita

Data 16/11/7

os

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fratura do ímpar III

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Ho cirurg

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Revisão de fixação e t

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

COORDENADOR:

Patrick Rabelo

1º AUXILIAR

Ildeu S. L.

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Primo Thiago

ANESTESISTA

INÍCIO:

TEM:

DURAÇÃO:

Dr. Iderson H. Silva
Traumatologia Ortopedia
CRM 1755

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Otimizar o DSK na artrose

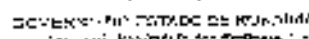
2) Aplicar o Antissepsia

3) Revisão da fixação e t

4) LMC

5) Curativo

Patrick Rabelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1755 RQE 164
Clínica do Joelho

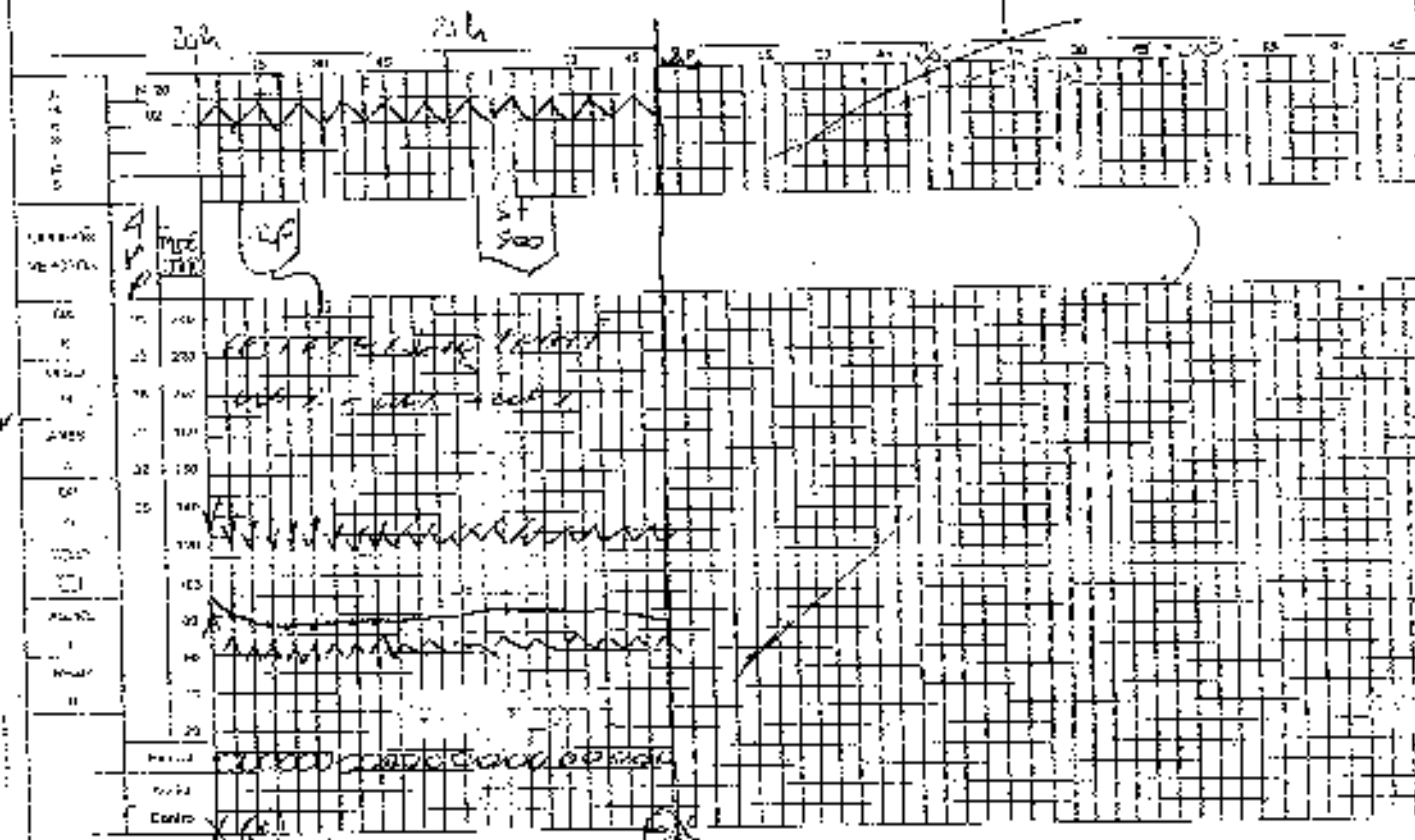


Paula Margrita Barrios

FACULTY LIFE ASSISTANTS

1644 | 17

PRE-QUALIFICATION - DRUGS - NEW - MCFB - BT: 1101



DOI 10.1002/for

[illegible]

10/10/2020
 1 - After - long
 2 - After - long
 3 - After - long
 4 - After - long
 5 - After - long
 6 - After - long
 7 - After - long
 8 - After - long
 9 - After - long
 10 - After - long

Missouri Central (D)

(Y.P.)

Chen

100-443887-100

County

Q Lamp (10)

Q- Period (R3)

~~Dr. Thomas O. C. Phillips~~
~~Member~~
~~CRIMINAL~~

ANTES DA CIRURIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

OPERAÇÕES

ANESTESIA GERAL

Nome: Paulo Roberto de Faria Paulo Roberto
Compartimento: Ortopedia Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E CONFIRMAÇÃO

- () Identidade
() Sinal Clínico
() Prescrição
() Correlação com () Sinal () Não

NOTAS CLÍNICAS
() Anestesia

ALTO DESEMPENHO
() Não () Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO

O PACIENTE POSSUI
ANESTESIA CONCLUÍDA

UMA ALGUMA DIFICULDADE DE ASPIRAÇÃO
() Não

Sim, e equiptamento disponível
() Não

ALTO DE PRESSÃO SANGÜÍNEA > 100 mm
() Não

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não

CONFIRMAÇÃO DE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO () Sim () Não

CIRURIA ANESTESIOLOGIA E ENFERMAGEM
CONFIRMAÇÃO VERBALMENTE

Identificação do paciente
() Sinal clínico
() Prescrição

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

EXATIDÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PULSO CLÍNICO
() Não () Não se aplica

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

O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
() Não () Não

SE AS CONDIÇÕES DE INFRA-ESTRUTURA
CIRÚRGICAS, COMPLETAS E ADEQUADAS
ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não

COMO A EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA
PARTECIPA DA EQUIPE CIRÚRGICA
INCLUINDO O NOME DO PACIENTE
() Sim () Não

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

O O CUIDADO O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM DEVEM
PREOCUPAR-SE COM A EQUIPE
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim () Não

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica

Sim, o mesmo or do mesmo lado e o mesmo lado
() Não () Não se aplica



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>padre masquita carvalho</u>					
DIAGNÓSTICO <u>fratura exposta de umero a direita</u>					
ALERGIAS	<u>nega</u>	HAS	<u>nega</u>	DM	<u>nega</u>
IDADE	<u>41</u>	LEITO	<u>118-5</u>	DATA	<u>16/11/2017</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 cv				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER LLEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	120/80	72		36,3c		
18 H	130/80	77				
24 H	120/80	77				

Josiane de Souza Araújo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 050.461.072

UBS: An L2 100 frascado o geloso foi colocado no
 SE. geloso e terminemha

Josiane de Souza Araújo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 050.461.072



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	17/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS en				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11	<i>Ceftriaxona 1g 12/12 ev</i>				
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 [OU PAU > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	136x94	90		36,2		
12 H						
18 H	159x110	124		36,1		
24 H	130x90	96				

UWS - PA-120x80
 FC-94
 T-36°

Márcia Araújo
 Técnico Enfermagem
 CREMER 304 432

18:55 hs PA:139x82
 P- 103.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <u>padre mesquita carvalho</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>fratura exposta de umero a direita</u>					
ALERGIAS:	<u>nega</u>	HAS	<u>nega</u>	DM	<u>nega</u>
IDADE:	<u>41</u>	LEITO	<u>118-5</u>	DATA	<u>18/11/2017</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>SCUD</u>
2	SF 0,9% 600 ML EV 6/6 horas				<u>SCUD</u>
3	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				<u>SCUD</u>
4	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				<u>SCUD</u>
5	SSVV+CCGG 6/6 horas				<u>SCUD</u>
6	CURATIVO DIARIO				<u>SCUD</u>
7	ceftriaxona 1g 12/12 ev				<u>SCUD</u>
8	clindamicina 600 mg 8/8 horas vo				<u>SCUD</u>
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA5 > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SF MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Belchior
 Médico
 CRM-RR 1808

	PA	FC	FR	TEMP	
SINAIS VITAIS					
6 H	120x80	90	17	36,4	
12 H	124x84	92	-	36,5	
18 H	120x73	62	-	36	
24 H	120x70	84		36,6	

06h PCT sang. 06/12/17
 no no manto 565

Isaquiel Lima Silva
 Técnico de Enfermagem



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE psule masqulta carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de úmero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	20/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIÁRIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12horas av				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ML ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

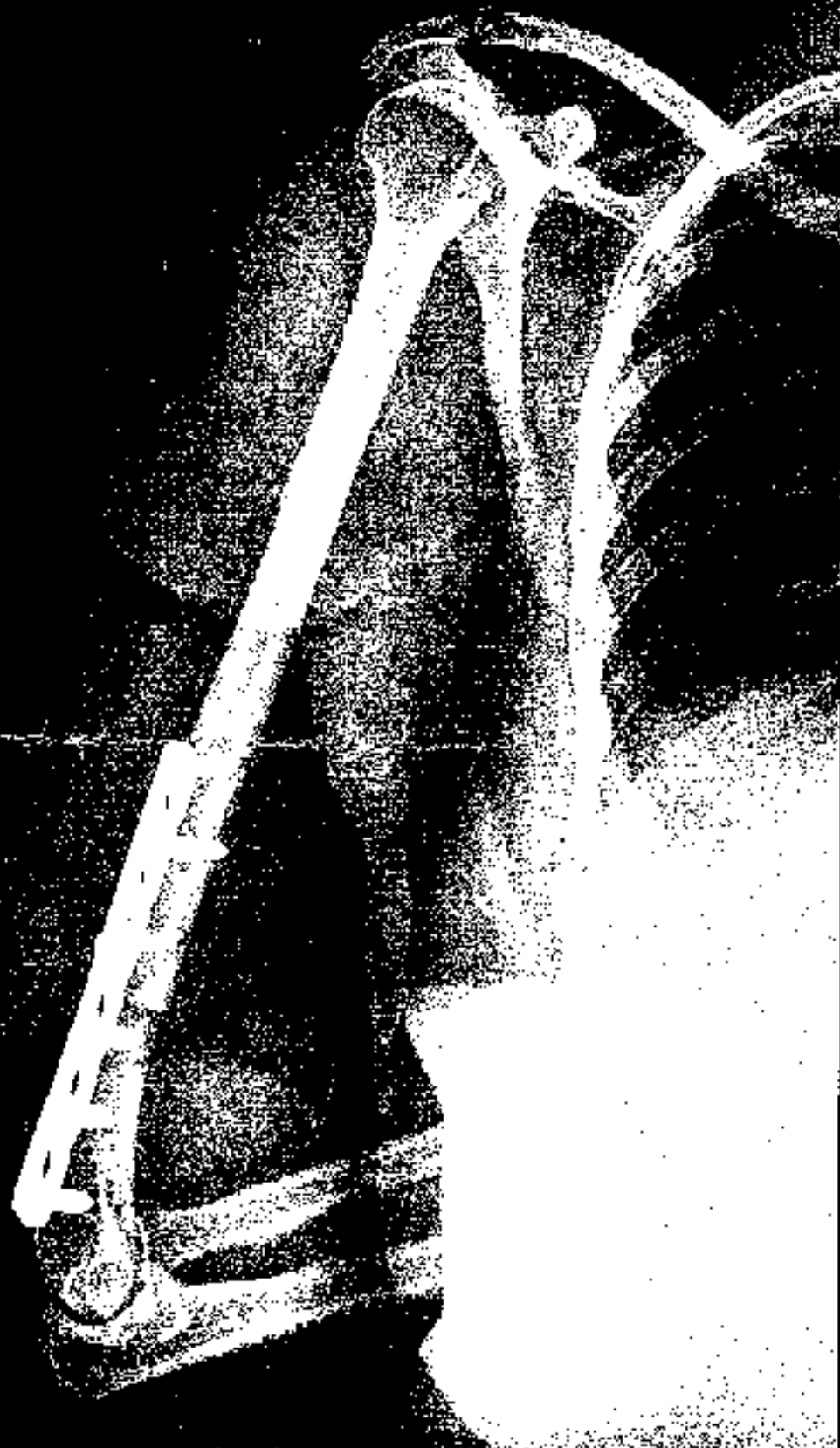
EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE RECEBE ALTA DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA APÓS TTO DE OSTEOSSÍNTESE DE ÚMERO.FO EM BOM ASPECTO PULSOS DISTAIS PRESENTES SEM DEFICIT MOTOS SENSIBILIDADE PRESERVADA. RECEBE ATESTADO, RECEITA, ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL E ORIENTAÇÕES. PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL ALTA MÉDICA ORTOPÉDICA.

Dr. Paulo C. Schenck Jr.
 Médico
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	110x60	94		36,5°C		
18 H						
24 H						

D



40.7%

PAULA MESSQUITA CARVALHO

40.7% 2017 12:55:41

47.9%

47.9% 2017 12:55:41

□

□



□



43.7%

13/11/2017 10:56:40

47.5%

13/11/2017 10:56:40

PAULA MESQUITA CARVALHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.44709.66-2

NÚMERO

2178040

SÉRIE

002-0

UF

RR

Paula Mesquita Carvalho

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

17/05/1976
NASCIMENTO

CPF: 591.157.852-20

NOME: PAULA MESQUITA CARVALHO

LOC. DE NASC.: MANAUS - AM

FILIAÇÃO: WALDECI MESQUITA CARVALHO

DOC. APRESENTADO: R.G. 132093 SESP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 5.209, DE 11 DE MARÇO DE 1965

RG: 132093

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR
EMISSÃO: 23/05/2007

Esquema de
Detalhamento

ASSINATURA DO EMISSOR

126610. Hcm

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAM - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013746553360

VIA COO. RENAVAM/EXERCÍCIO
01 00886814782 2018

TALITA ELAINE ALBUQUERQUE

956.216.102-10
PLACA ANT/UF
9C2JC30706R900037
PLACA
NAD0866

PAS/MOTOCICLET/MO APLIC.
GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN
MARCA/MODELO
CAP/RT/CR
2P/0124CC/
PARTICU
PRETA

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

SEM RESERVA DE DENTIMTO * PROIB SAIR AMAZ
OCID 141140 DETAM/RR 01/2018 LOTE 226

Boa Vista
09/04/2018

RR Nº 013746553360

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradorauber.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 956.216.102-10
VIA COO. RENAVAM/EXERCÍCIO
01 00886814782 2018

HONDA/CG 125 FAN
MARCA/MODELO
CAP/RT/CR
2P/0124CC/
PARTICU
PRETA

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

1º ANO FIE 2006
2º ANO FIE 2006
3º ANO FIE 2006

SEGURADORA UBER - DPVAT

CNPJ 09.240.044/0001-04

013746553360
23836869913

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
563725

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429678/19

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

CPF: 591.157.852-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/11/2017

Titular do CPF: PAULA MESQUITA
CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULA MESQUITA CARVALHO : 591.157.852-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: PAULA MESQUITA CARVALHO
CPF: 591.157.852-20

PAULA MESQUITA CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673072 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO **Data do acidente:** 04/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/4/5/25/26 _CIRURGIA
PÁG. 32/33/34 _EXAME 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673072 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO **Data do acidente:** 04/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 2/4/5/25/26 _CIRURGIA
PÁG. 32/33/34 _EXAME 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429678/19

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

CPF: 591.157.852-20

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULA MESQUITA CARVALHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULA MESQUITA CARVALHO : 591.157.852-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: PAULA MESQUITA CARVALHO
CPF: 591.157.852-20

PAULA MESQUITA CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673072

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

Data do Acidente: 04/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULA MESQUITA CARVALHO

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673072

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

Data do Acidente: 04/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULA MESQUITA CARVALHO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **PAULA MESQUITA CARVALHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000005780-0**

Conta: **000010025336-9**

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



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:

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):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) Nome do BANCO: Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 25.336 7 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que: 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. Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Bge Vista, 11/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035397/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 09:53 Data/Hora Fim: 15/10/2019 10:24
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/11/2017 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Laura Moreira

Logradouro: ataide teive/ grão mestre claudio barbos de araujo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULA MESQUITA CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Feminino

Nasc: 17/05/1976

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Waldeci Mesquita Carvalho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 132093

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua barnabé antonio de lima

Nº: 1215

Bairro: alvaorada

Telefone: (95) 99129-8043 (Celular)

Nome Civil: ELISÂNGELA PEREIRA ALVES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 05/07/1979

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Izabel Pereira Alves

Nome do Pai: Francisco Cristiano Alves

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 336269-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava na Av Ataíde Teive na garupa da motocicleta ronda cg 125 fan placa NAO0866 de cor preta chassi 9C2JC30706R900037 em nome de Talita Elaine Albuquerque, que foram atingidas por um veículo que atravessou a avenida vindo da Rua Grão Mestre Claudio Barbosa de Araujo, com a queda a comunicante teve uma fratura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

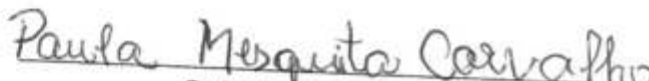
Nº: 035397/2019

exposta no braço direito, que o infrator fugiu do local, que foi atendida pelo SAMU e conduzida ao HGR, é o relato, que não deseja representar.

DAT

ASSINATURAS


Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento


Paula Mesquita Carvalho
(Vítima / Comunicante)

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

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

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AEL:

3 - CPF da vítima:

591.137.852-20

4 - Nome completo da vítima:

Paula Mesquita Carvalho

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

5 - Nome completo:

Paula Mesquita Carvalho

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Causa da morte:

R. Praxede Aguiar de Lima

6 - CPF:

591.137.852-20

9 - R. J. de nascimento:

1.315

10 - Complemento:

09.313-231

11 - Bairro:

Candelária

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

09.313-231

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(05) 99129-7043

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, por todas as 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\$1.000,00 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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPEIRA (Informe para os bancos abaixo. Assinale, em opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Informe os dados):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5480

0

CONTA:

25.336

7

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(Informe o código de estado)

(Informe o código de cidade)

(Informe o código de estado)

(Informe o código de cidade)

Autorizo a Seguradora Líder a abrir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e acatando, desde lá 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 laudo ou Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

- 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.

Se não o prosseguimento ao análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter a análise médica pericial, caso necessário, às instâncias superiores, conforme o disposto no art. 8º, § 1º, da Lei nº 6.154/74.

Declaro e de este autorizo, não sendo admitido qualquer contestação ou recurso, a partir da assinatura médica ou médica de confirmação a avaliação médica, em decorrência do meu acidente.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Casado

☐ Solteiro

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

☐ União estável

24 - Grávida ou lactando com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

25 - Vítima deixou beneficiário(a).

☐ Sim

☐ Não

26 - Se a vítima deixou beneficiário(a), informar o nome completo:

27 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

28 - Se tinha filhos, informar:

☐ Vivos

☐ Falecidos

29 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Vivos

☐ Falecidos

32 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta morte (s), estando morto, aliado, do que que quer o pedido ou codarção, e eu declaro e de este autorizo, não sendo admitido qualquer contestação ou recurso, a partir da assinatura médica ou médica de confirmação a avaliação médica, em decorrência do meu acidente.

33 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a seguir):

35 - CPF legível de quem assina o pedido (a seguir):

36 - Assinatura de quem assina o pedido (a seguir):

37 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

38 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - Local e data:

40 - Assinatura da vítima/beneficiária (Declarante)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



UNIDADE: Boa Vista EQUIPE: Brasil + Mainho



Paciente: Paula Mesquita Carvalho Idade: 42 Sexo: Fem
 Nacionalidade: Brasileira Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
 Endereço: Rua Graça Claudio Bairro: CRUVIANA

Nº 17792 DATA: 04/10/17
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: ED- ANETE HORA J/9: 14:37 BASE ☒ VIA ☐ () RÁDIO
 HORA J/10: 17:48 () CELULAR

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

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
☐ Capotamento	☐ Atropelamento	☐ Uso do cinto	☐ Vítila projetada	☐ FAB	☐ FAF	☐ Ac. De Trabalho	☐ Local
☐ Colisão AUTO x	☐ Motorista	☐ Vítila encarcerada	☐ Air Bag Acionado	☐ Espancamento	☐ Violência Doméstica	☐ Queda, Altura aprox.	☐ Trajeto
☐ Passageiro Banco dianteiro	☐ Passageiro Banco traseiro	☒ MOTOCICLETA/ BICICLETA	☐ Colisão MOTO x MPIO FIO	☐ Violência Sexual	☐ Tentativa de suicídio	☐ Queimadura Agente	☐ Agressão animal
PEDESTRE		☐ Queda de moto		☐ Com capacete		☐ Outros: <u>trauma</u>	
☐ Atropelamento		☐ Atropelamento		☐ Sem capacete			
☐ VIA ☐ CALÇADA		☐ Queda de Bicicleta		☐ Piloto			
		☒ Garupa					

VIAS AERIAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL NEUROLÓGICA	
☐ Livre	☐ Obstrução Parcial	☐ Apnéia	☐ Dispnéia	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	☐ AVDN	☐ Miose
☐ Obstrução Total	☐ Corpo estranho	☐ Bradipnéia	☐ Taquipnéia	☐ Arritmico	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase	☐ Anisocoria
☐ Edema de Glote	☐ Outro: <u>E</u>	☐ Roncos	☐ Sibilos	☐ Ausente	☐ Cianose central	☐ Anticorária	☐ D
		☐ Respiração paradoxal		☐ Cianose de extremidade		☐ Aparentemente Alcoolizado	☐ DN

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"	APAGAR
Início	<u>120/80</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>				
Fim	<u>120/80</u>	<u>90</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome
☒ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Quente	☐ Escoriação	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax Instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Ferimento ocular	☐ Desvio da traquéia	☐ Jamponamento	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Luxação	☐ Enfisema subcutâneo	☐ Ferida Aspirativa	☐ Dolbroso
☐ Seca	☐ Fer. penetrante	☐ Mandíbula	☐ Goleto	☐ Empalamento	☐ Evisceração
☐ Cianótica					

AVALIAÇÃO CARDIACA		APECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☒ Ritmo Sinusal	☐ Fibrilação atrial	☐ Respiratória	☐ Digestiva	☐ Diabetes	☐ Alergias
☐ Taquicardia	☐ Fibrilação ventricular	☐ Neurológica	☐ Infecçiosa	☐ Cardiopatia	☐ Outros
☐ Bradicardia	☐ Assistolia	☐ Psiquiátrica	☐ Obstétrica	☐ HAS	
☐ Flutuer		☐ Metabólica	☐ Pediátrica		
		☐ Cardiovascular	☐ Outra	☐ Medicação de uso	
		☐ Aborto			

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ SEVERA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLS MEIOS ACIONADOS: CONFERE COM ORIGINAL
 EM: 03/08/18
Stephanie

OBSERVAÇÕES:

DESTINO: ☒ Atendido no local
☐ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

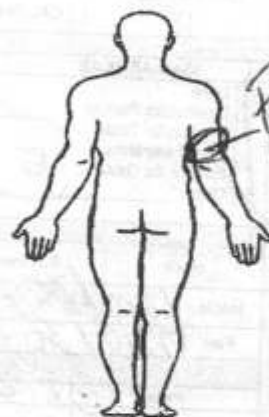
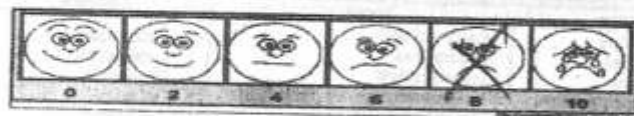
☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA
☒ HMINSN

☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
☐ Outros

PERTINENCE 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		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	<i>lúvica, Compressas, atadura gases.</i>
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão		

1. Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
3. Resposta Verbal (V):	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

94 anos, (M) Queixa de Mito - comarca em estado
 de coma, apresentando traqueia exposta
 na região do Veno O2 (D) (L) 880V
 preservados, realizado protocolo de trauma e
 curativo com intubação, informado ao
 M-192 que encaminhado ao E-1162 com
 ventilação contínua e S/A no transporte.

03/08/18
 18/08/18

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULA MESQUITA CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010025336-9

Nr. da Autenticação F7A9B33BEED91934



CNPJ: 06.908.478/01-02
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 00.042.025-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 88.306-410

0800 280 8520

Matrícula: 311510

Setembro/2019

Dados do Cliente:

PAULA MESQUITA CARVALHO

Endereço para entrega:

RUA BARNABÉ ANTONIO DE LIMA, 1215 - ALVO
RUA BOA VISTA RR 69317-231

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.019.403.0261.000	15	3495	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125596635	19/01/2015	CORTADO	LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m³)
LEITURA FAT. 143		153	10
LEITURA INF.			33
DT. LEITURA 22/08/2019 24/09/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201908 10-17
201907 10-17
201906 10-17
201905 10-17
201904 10-17
201903 1-32
MEDIA 8

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor				
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição				
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M				
ANÁLISE	CLORO	TURBID.º	ODR	C.TOTAL E-AGUI
ENTIDADA				
ANÁLISE				
CONFORME				

DESCRICAÇÃO

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		0,47

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

43,36

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZAÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
311510	09-2019	15/10/2019	43,36

82630000000- 5 43360004001- 1 00031151001- 0 09201990003- 1



IMPRIMISSO EM: 24-09-2019 11:13:52

Via do Cliente

Via do Cliente