

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

SILMAR COSTA DA SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Número do Sinistro: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 31/10/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190543006
Nome do(a) Examinado(a): Silmar Costa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Ruth Pinheiro, 1030
Tancredo Neves Boa Vista RR CEP: 69313-512
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 244598
Data local do acidente: [06/04/2019]
Data local do exame: [07/11/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019

Complicações: MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ATROFIA MUSCULAR + MARCHA CLAUDICANTE

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543006

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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

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

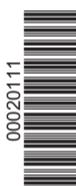
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543006 **Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA**

Data do Acidente: 06/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILMAR COSTA DA SILVA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SILMAR COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004263-3

Conta: 0000067907-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

61751448215

4 - Nome completo da vítima:

SIMMAR COSTA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

SIMMAR COSTA DA SILVA

6 - CPF:

61751448215

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R: RUTH PINHEIRO

9 - Número:

1030

10 - Complemento:

11 - Bairro:

TANCREDO NEVES

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

09313512

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

95991413275

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

—

18 - CPF do Representante Legal:

—

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA:

67907

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):** Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

20 SET 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar declaração de morte, avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 18/09/2019.

x simone costa da silva

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 133/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 02/09//2019

COMUNICANTE: SILMAR COSTA DA SILVA

RG: 244598

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 617514482-15

ENDEREÇO: RUA - RJTH PINHEIRO, 1030

BAIRRO: TANCREDO NEVES

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: ÓBIDOS

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 12/08/1975 IDADE: 44 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: 1º GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTAVEL

TELEFONE: 991728558

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA

NOME DA MÃE: RAIVINDA COSTA DA SILVA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 08h50min do dia 06/04/2019, AVENIDA - NOSSA SENHORA DE NAZARÉ - CAIMBÉ.

O comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que transitava no endereço acima subscrito conduzindo HONDA/CG 125 ESD, Placa NAU 7628, Ano 2014/2014, Chassi 9C2JC4160CERII2913 de propriedade do Senhor WELLINGTON MARTINS DA SILVA; Que o comunicante informa que estacionou em frente uma padaria no endereço acima citado, quando foi atingido na Lateral esquerda por uma MOTOCICLETA BIZ da qual o comunicante não sabe informar dados, pois o mesmo se evadiu do local. Que o comunicante foi socorrido por populares, em seguida levado para o HGR; Que em decorrência do Acidente o comunicante teve (FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO); Que o motivo do BO é para fins de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERV

Silmar costa da silva

SILMAR COSTA DA SILVA

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

Comunicante

"Declaro que os fatos笛ados fizeram de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela mesma e declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 334 denunciação caluniosa e 340 comunicação falsa de crime ou de crime agravado do Código Brasileiro."

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



Givanildo da Silva Vieira
AGENTE CARACERÁRIO DE POLICIA
CIVIL
Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILMAR COSTA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 00000067907-0

Nr. da Autenticação 09F24F26FF7D2E4C



RORAIMA ENERGIA
 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
 VISTA
 CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3653656

JOICILENE GENTIL COSTA

R. RUTH PINHEIRO, 1030 ,
 TANCREDO NEVES 69313512 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	PERÍODO DE CONSUMO 01-OCT-16 a 30-APR-19
CONSUMO (kWh) 3782	VENCIMENTO 25-OCT-19	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA
 AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
 VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 253430	MÊS 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 3.011,01
-------------------------------	-----------------------	--------------------------------------

836000000304.110100750006.000000000257.343009190152



ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENIE SEGURADORA S/A
 Av. Cipólio Xisto Barreto, 404 - Boa Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WENNINTON MARTINS DA SILVA,
RG nº 167108, data de expedição 06/07/06,
Órgão RR, portador do CPF nº 690 889 77291, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RR, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua
Ruth Pinheiro, nº 1093,
Bairro: Tomé redondo neves, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima SILMAR COSTA DA SILVA,
cujo o condutor era SILMAR COSTA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG 125 FAN ESD

Ano: 2014/2014

Placa: NAU 7628

Chassi: 9C2JC4160ER029130

Data do Acidente: 06/04/2019



Local e Data: Boa Vista/RR, 09/05/19

Wenninton martins da silva

Assinatura do Declarante

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

DANIEL AQUINO
136233 5d69245161683
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)

Cartório do 2º Ofício de Notário
Daniel Aquino - tabelião e notário
Av. Álvaro Teixeira, 4307 - Bairro Centro
Fone: 4761-8827-8186
Defensoria Pública do Estado do Amazonas
138/235

Em testemunho da verdade, RG
Do que dou fôr, Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2018.
Consulte o(a) seu(a) abaixo em certidao.tabelionato.com.br
REC/FIR156296E560DJAGPJW2QX22

Emolumentos: R\$ 2,48 Fundo/TSS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

6/4/10

Ponto de Ocorrência Dr. Júlio

Detalhe sobre o local com rotina de
cor. As 200 contas em folha e

100 folhas de 100 folhas de 100 folhas
e detalhe de folhas de 100 folhas de 100 folhas

DR. Júlio: Detalhe de folhas de 100 folhas

DR. Júlio: Detalhe de folhas de 100 folhas

DR. Júlio:

DR. Júlio: Detalhe de folhas de 100 folhas

DR. Augusto Cesar
Médico - Cirurgião
Oncopediatra
Ginecologista
CRM-PR 1004

ÁREA DE BAIXISTROS - DMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2010

GENEVE SEGURADORA SIA
Av. Getúlio Vargas, 51 - 2º Andar - PR

F 15
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO DIH DN 12/08/1975

PACIENTE SILMAR COSTA DA SILVA

AGNOSTICO FX PILAO TIBIAL E

ALERGIAS	NEGA	HAS	NAO	DM2	NAO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	20-08-1975
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				500
2	SF0,9% 500ML S/N EV				SU
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				10-15-1975
6	100-150, 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA				SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				50
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	CURATIVO DIÁRIO				AM
11	SSVV + COGG 6/6 H				NOITE
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV 6/6 H S/N (NA FAITA DO ITEM 6)				SN
13					
14					
15					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (50), DÓNORME ESQUEMA: 100-250: 2U;
251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 UFE OU GLICOSE 5% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100X70	61	19	36,4 °C
18 H	130X70	66	23/4	-
24 H				

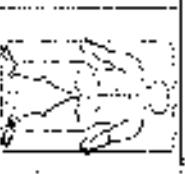
QD. 100% DE REABILITACAO
QD. 100% DE REABILITACAO
QD. 100% DE REABILITACAO

AO BLOCO

08 29/04 - T →

18h paciente em
supino no leito
sem medicos em
cuidados de enfer-
mera agiu SSVV

medicamento
não deu

Localização		Região: MIC		Região:
Exsudado	<input checked="" type="checkbox"/> Líquido (<input type="checkbox"/> Nécess. Amarela/Verde) <input type="checkbox"/> Quinacrina (<input type="checkbox"/> Cirurgia) <input type="checkbox"/> DM (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma. <input checked="" type="checkbox"/> Tracac (<input type="checkbox"/> Fixador Externo) <input type="checkbox"/> Ortopedia	Grav: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Líquido (<input type="checkbox"/> Nécess. Amarela/Verde) (<input type="checkbox"/> Cirurgia) (<input type="checkbox"/> DM) (<input type="checkbox"/> Vascular) <input type="checkbox"/> Trauma. <input checked="" type="checkbox"/> Tracac (<input type="checkbox"/> Fixador Externo) (<input type="checkbox"/> Ortopedia)	Grav: I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>)
Apresentação	<input checked="" type="checkbox"/> Necess. Amarela/Verde (<input type="checkbox"/> Estacado) <input checked="" type="checkbox"/> Granulação (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dren. Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros)	Outro:	<input type="checkbox"/> Necess. Amarela/Verde (<input type="checkbox"/> Estacado) (<input type="checkbox"/> Granulação) (<input type="checkbox"/> Epitelização) <input type="checkbox"/> Ferida fechada (<input type="checkbox"/> Dren. Sonda) (<input type="checkbox"/> Outros)	Outro:
Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> Seca) (<input type="checkbox"/> Ibrilena / Rubor) <input type="checkbox"/> Fúculo (<input type="checkbox"/> Cutor)	Leito:	<input type="checkbox"/> Normal (<input type="checkbox"/> Macerado) (<input type="checkbox"/> Seca) (<input type="checkbox"/> Ibrilena / Rubor) <input type="checkbox"/> Fúculo (<input type="checkbox"/> Cutor)	Leito:
Características	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento (<input type="checkbox"/> Serosanguíneo) (<input type="checkbox"/> Seca) (<input type="checkbox"/> Fúculo) (<input type="checkbox"/> Cutor)	Características:	<input type="checkbox"/> Purulento (<input type="checkbox"/> Seroso) (<input type="checkbox"/> Sanguinolento) (<input type="checkbox"/> Serosanguíneo) (<input type="checkbox"/> Seca) (<input type="checkbox"/> Fúculo) (<input type="checkbox"/> Cutor)	Características:
Quantidadade da Exsudado	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) (<input type="checkbox"/> Molhado) (<input type="checkbox"/> Seco) (<input type="checkbox"/> Molhado) (<input type="checkbox"/> Seco)	Quantidadade da Exsudado	<input type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/> Seco) (<input type="checkbox"/> Molhado) (<input type="checkbox"/> Seco) (<input type="checkbox"/> Molhado) (<input type="checkbox"/> Seco)	Quantidadade da Exsudado
Impressão de Cobertrr	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/> Clorexidina 2%) (<input type="checkbox"/> Álcool 70%) <input checked="" type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinolise (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) (<input type="checkbox"/> Outro)	Impressão de Cobertrr	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/> Clorexidina 2%) (<input type="checkbox"/> Álcool 70%) <input checked="" type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinolise (<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata) (<input type="checkbox"/> Hidrogel) (<input type="checkbox"/> Outro)	Impressão de Cobertrr
Próximamente	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12	Próximamente	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12	Próximamente
Observações	<p>Maria de Fátima N. Picanço Andréa E. Picanço Carmem L. Picanço</p>	Observações:	<p>José G. P. Picanço Carmem L. Picanço Carmem L. Picanço</p>	Observações:

15

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

DATA DE ADMISSÃO DIH DN 12/08/1975

PACIENTE **SILMAR COSTA DA SILVA**

AGNOSTICO **FX PILAO TIBIAL E**

ALERGIAS	NEGA	HAS	NAO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	08/04/2019

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5/12
2	SF0,9% 500ML S/N EV	5/12
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR	5/12
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	5/12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	5/12
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5/12
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	5/12
10	CURATIVO DIÁRIO	5/12
11	SSVV + CCGG 6/6 H	5/12
12	MORFINA 10 MG I SAD-4ML EV G/G II S/N (NA FALTA DO ITEM 6)	5/12
13		
14		
15		
16		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SD), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI;
 251-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 6UI; > 400: 10 UI E OUT GLICOSE > 70 DMGL, GLICOSE 60% 40 ML
 EV - AVISAR P-ANOTAR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	160/60	71	19	36,9°C	
12 H	125/72	76	18	36	
18 H	131/72	72	19	36,4°C	
24 H	140/78	80	20	37,5°C	

AO BLOCO

124 Paciente está internado no Hospital Regional de Manaus
 para a realização da cirurgia de tratamento da fratura.

7:30hs

realizado procedimento
 - goteirão SSVV, per-
 med. no tórax, pegeu
 os cuidados de enfer-
 meira geral

Terezinha B. A. Soárez
 TAC. Enfermagem
 08/08/2019

HGR

Leitor: JG

Data: 08 / 04 / 2013

Paciente: ELIANE COSTA

Localização		Região <u>ME</u>		Região
		<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()		<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma () Infecção () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Aparte/colado	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose/Amarela/Negra () Esguicho () Gavulagem () Fixadão Externo () Ortopedia	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Latido	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida aberta () Drenagem () Sonda () Outros	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Rele Peri-esternal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () Seca () Eczema/ Rubor () Outros	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Rele de Fissurado	<input checked="" type="checkbox"/> Putrefato () Necrose () Sangue/olho () Serossanguíneo () Seco () Outros	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Colunidade:	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Seco () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Escoamento:	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Seco () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Solução de:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorhexidina 2% () Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Limpza:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Trat:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () XIII ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Desbridamento () Sutura () Curativo () Bandagem () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()
Observações:	<input checked="" type="checkbox"/> Desbridamento () Sutura () Curativo () Bandagem () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()

15

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

DATA DE ADMISSÃO D/H 1 BN 12/08/1975

PACIENTE SILMAR COSTA DA SILVA

AGNÓSTICO FX PILAO TIBIAL E

ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	IM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	08/08/1975
ITEM					HOSPITAL
1	DIETA GRAL LIVRE				
2	SH:0,9% BUDOML SIN EV				
5	DIPIRONA 01 G FV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR				
5	TRIMAL 100MG + SH: 5,0% FV OU 01 GP VO DE 8/8 HS DE INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25-mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMFTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + COGG 6/6 H				
12	MORFINA 0,05 + 0,05-1ML-FV 6/6HS/RTINA FALTA 20/11/1975				
13					
14					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 30U, CONFORME ESCALADA: 10: 240 200-250-200-400; 12H: 350-350; BUI: 350-400. BUI > 400: 10 UFE QUÍONICOSE > 700/200. GLICOSE > 50% FV + AVISAR PLANOTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100X70	69	80pm	36,2°C
12 H	127/73	77bpm	12mmn	35,9°C
18 H	144/80	85	103	36°C
24 H	109X74	74		36,2°C

Dr. Fábio da Cunha
Residente

12:30hs. Paciente segue em
rigoroso leito, sem queixa no
periodo. Mantendo galardos estat.
geral. Recup. articulações de resto
marginal, dada a vacinação (94).
Fer. 08/08/1975

AO BLOCO

18/08/14 paciente em resto
fer. 08/08/14 sem sangu. nos
articulações.

ÁREA DE ADMINISTRAÇÃO
CONTÉUDO NÃO VENÍCIAO

2.0 SET 2019

GENESEGURADORA SA
CNPJ: 00.444.940/0001-12

HGR
Leito: 5
Data: 07/04/2019

Silvana

Localização	Região	Região
<input checked="" type="checkbox"/> LCP (LCP IV) <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input checked="" type="checkbox"/> Grau I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fractura Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input checked="" type="checkbox"/> LEP (LEP IV) <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fractura Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia
<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura	<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
<input checked="" type="checkbox"/> Abertura de Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Macarrão <input type="checkbox"/> Vaca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor	<input checked="" type="checkbox"/> Necessário <input type="checkbox"/> Macarrão <input type="checkbox"/> Vaca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor
<input checked="" type="checkbox"/> Desbridamento	<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Outro:
<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia	<input checked="" type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Senador <input type="checkbox"/> Sagüamente <input type="checkbox"/> Setor Sangüíneo <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Senador <input type="checkbox"/> Sagüamente <input type="checkbox"/> Setor Sangüíneo <input type="checkbox"/> Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura de Socorro	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Soturno de Liquido	<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Coagulação primária	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colchonete Flotante <input type="checkbox"/> Sulfacetamida de Prata <input type="checkbox"/> Álcool gel <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colchonete Flotante <input type="checkbox"/> Sulfacetamida de Prata <input type="checkbox"/> Álcool gel <input checked="" type="checkbox"/> Outro:
<input checked="" type="checkbox"/> Fractura	<input checked="" type="checkbox"/> 13/12 <input type="checkbox"/> 486,4k	<input checked="" type="checkbox"/> 13/12 <input type="checkbox"/> 486,4k
Profissional que realizou o desbridamento	<input checked="" type="checkbox"/> Dr. Adolfo Henrique Araujo <input checked="" type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input checked="" type="checkbox"/> Coordenador	<input checked="" type="checkbox"/> Dr. Adolfo Henrique Araujo <input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiro Dr. Silveira Rocha
Observações:		

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

15

109-3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	12/08/1975
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNOSTO	FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	F15	DATA	10/04/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				
5	DIPIRÔNA 01 G EV DE 6/8 HS OU VO 500MG 6/8HR				
6	IRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h BE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				h/24hs
11	SSV + CCGG 6/6 H				2-3x/dia
12	MORFINA 10 MG 1 9AD-4ML EV 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 6)				S/N
13					
14					
15					

SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGU: AR (SC), CONFORME, ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: BUI; $\geq 400: 10 \text{ UI E.D.}$ GLICOSE $\leq 70 \text{ DM/L}$ GLICOSE 50% 40 MI. EV. L AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	130±70	+1	19	36°C		
12 H	160±80	B3	18	36,5		
18 H	130±60	96	19	37,1		
24 H	10±60	+3	19	36°C		

~~38.17~~ facente eee
expresso no seu fo
realizado os pre
clínicos de Cef
rino. S. V.

6.00 "Kochiyoos 5500 è
un'azienda spagnola con
sede a Barcellona, specializzata
nella produzione di confezioni
e imballaggi per la cibo.

Keityann p. 145

Coverdosa

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

15

209-1

DATA DE ADMISSÃO		D1H	DN	12/08/1975
PACIENTE SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO FX PILAO TIBIAL E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2
IDADE	43	LEITO	F15	DATA
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	SF0,9% 500ML S/N EV			
5	DIPHIRONA 01 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6HR			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)			
10	CURATIVO DIÁRIO			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	MORFINA 10 MG + SAD-4ML EV 6/6 H S/N NA FALTA DO ITEM 6			
13				
14				
15				
16				

SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI;
201-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E RU GLICOSE < 7% DLML, GLICOSE 50% 40 ML
EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	121/82	84	18	36,5
12 H	120x50	81	20	36,8
18 H			19	36,6
24 H	125/64	86	18	36,1

Dr. Roberto Rezende
Ribeirão Preto

17/08/2018
então foi finalizado
paciente estável. Se m
paciente está estabilizado
paciente não apresenta
sintomas. e este
chamamento fez

Terapeuta: **A. Souza**
Téc. Enfermeiro:
CONEN: RH-71529

AO BLOCO

BLD

109-1

Paulista

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

409
1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	12/08/1975	
PACIENTE: SILMAR COSTA DA SILVA					
AGNÓSTICO: FX PILAO TIBIAL E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	12/04/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				12:00
2	SF 0,9% 500ML S/N EV				12:00
3	DIPIRONA D1 G EV DE 6/6 HS OU VO 500MG 6/6H				12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAP > 110 MMHG				12:00
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				12:00
10	CURATIVO DIÁRIO				12:00
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12:00
12	MORFINA 10 MG + SAD- 4ML EV 6/6 HS/N NA FALTA DD ITEM 6				12:00
13					
14					
15					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250. 2UI.
 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLUCOSE 570 DL/ML GLUCOSE 50% 40 ML
 EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	96/58	83	17	38-1
18 H				
24 H				

Dr. Gláucio Aguiar
 Medicina
 12-RR 1988

Atto

AO BLOCO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCO 5 ATIVIDADES

Data:	User:	Informações:	Letras:	:	:	:
Nome: Corrêa, L.			Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Hipótese/Problema:						
Exa. humor: 1 (S) 2 (B) 3 (A) 4 (P) 5 (D) 6 (R) 7 (M) 8 (H) 9 (C) 10 (A) 11 (P) 12 (D) 13 (R) 14 (M) 15 (H) 16 (C) 17 (A) 18 (P) 19 (D) 20 (R) 21 (M) 22 (H) 23 (C) 24 (A) 25 (P) 26 (D) 27 (R) 28 (M) 29 (H) 30 (C) 31 (A) 32 (P) 33 (D) 34 (R) 35 (M) 36 (H) 37 (C) 38 (A) 39 (P) 40 (D) 41 (R) 42 (M) 43 (H) 44 (C) 45 (A) 46 (P) 47 (D) 48 (R) 49 (M) 50 (H) 51 (C) 52 (A) 53 (P) 54 (D) 55 (R) 56 (M) 57 (H) 58 (C) 59 (A) 60 (P) 61 (D) 62 (R) 63 (M) 64 (H) 65 (C) 66 (A) 67 (P) 68 (D) 69 (R) 70 (M) 71 (H) 72 (C) 73 (A) 74 (P) 75 (D) 76 (R) 77 (M) 78 (H) 79 (C) 80 (A) 81 (P) 82 (D) 83 (R) 84 (M) 85 (H) 86 (C) 87 (A) 88 (P) 89 (D) 90 (R) 91 (M) 92 (H) 93 (C) 94 (A) 95 (P) 96 (D) 97 (R) 98 (M) 99 (H) 100 (C) 101 (A) 102 (P) 103 (D) 104 (R) 105 (M) 106 (H) 107 (C) 108 (A) 109 (P) 110 (D) 111 (R) 112 (M) 113 (H) 114 (C) 115 (A) 116 (P) 117 (D) 118 (R) 119 (M) 120 (H) 121 (C) 122 (A) 123 (P) 124 (D) 125 (R) 126 (M) 127 (H) 128 (C) 129 (A) 130 (P) 131 (D) 132 (R) 133 (M) 134 (H) 135 (C) 136 (A) 137 (P) 138 (D) 139 (R) 140 (M) 141 (H) 142 (C) 143 (A) 144 (P) 145 (D) 146 (R) 147 (M) 148 (H) 149 (C) 150 (A) 151 (P) 152 (D) 153 (R) 154 (M) 155 (H) 156 (C) 157 (A) 158 (P) 159 (D) 160 (R) 161 (M) 162 (H) 163 (C) 164 (A) 165 (P) 166 (D) 167 (R) 168 (M) 169 (H) 170 (C) 171 (A) 172 (P) 173 (D) 174 (R) 175 (M) 176 (H) 177 (C) 178 (A) 179 (P) 180 (D) 181 (R) 182 (M) 183 (H) 184 (C) 185 (A) 186 (P) 187 (D) 188 (R) 189 (M) 190 (H) 191 (C) 192 (A) 193 (P) 194 (D) 195 (R) 196 (M) 197 (H) 198 (C) 199 (A) 200 (P) 201 (D) 202 (R) 203 (M) 204 (H) 205 (C) 206 (A) 207 (P) 208 (D) 209 (R) 2010 (M) 2011 (H) 2012 (C) 2013 (A) 2014 (P) 2015 (D) 2016 (R) 2017 (M) 2018 (H) 2019 (C) 2020 (A) 2021 (P) 2022 (D) 2023 (R) 2024 (M) 2025 (H) 2026 (C) 2027 (A) 2028 (P) 2029 (D) 2030 (R) 2031 (M) 2032 (H) 2033 (C) 2034 (A) 2035 (P) 2036 (D) 2037 (R) 2038 (M) 2039 (H) 2040 (C) 2041 (A) 2042 (P) 2043 (D) 2044 (R) 2045 (M) 2046 (H) 2047 (C) 2048 (A) 2049 (P) 2050 (D) 2051 (R) 2052 (M) 2053 (H) 2054 (C) 2055 (A) 2056 (P) 2057 (D) 2058 (R) 2059 (M) 2060 (H) 2061 (C) 2062 (A) 2063 (P) 2064 (D) 2065 (R) 2066 (M) 2067 (H) 2068 (C) 2069 (A) 2070 (P) 2071 (D) 2072 (R) 2073 (M) 2074 (H) 2075 (C) 2076 (A) 2077 (P) 2078 (D) 2079 (R) 20700 (M) 20701 (H) 20702 (C) 20703 (A) 20704 (P) 20705 (D) 20706 (R) 20707 (M) 20708 (H) 20709 (C) 20710 (A) 20711 (P) 20712 (D) 20713 (R) 20714 (M) 20715 (H) 20716 (C) 20717 (A) 20718 (P) 20719 (D) 20720 (R) 20721 (M) 20722 (H) 20723 (C) 20724 (A) 20725 (P) 20726 (D) 20727 (R) 20728 (M) 20729 (H) 20730 (C) 20731 (A) 20732 (P) 20733 (D) 20734 (R) 20735 (M) 20736 (H) 20737 (C) 20738 (A) 20739 (P) 20740 (D) 20741 (R) 20742 (M) 20743 (H) 20744 (C) 20745 (A) 20746 (P) 20747 (D) 20748 (R) 20749 (M) 20750 (H) 20751 (C) 20752 (A) 20753 (P) 20754 (D) 20755 (R) 20756 (M) 20757 (H) 20758 (C) 20759 (A) 20760 (P) 20761 (D) 20762 (R) 20763 (M) 20764 (H) 20765 (C) 20766 (A) 20767 (P) 20768 (D) 20769 (R) 20770 (M) 20771 (H) 20772 (C) 20773 (A) 20774 (P) 20775 (D) 20776 (R) 20777 (M) 20778 (H) 20779 (C) 20780 (A) 20781 (P) 20782 (D) 20783 (R) 20784 (M) 20785 (H) 20786 (C) 20787 (A) 20788 (P) 20789 (D) 20790 (R) 20791 (M) 20792 (H) 20793 (C) 20794 (A) 20795 (P) 20796 (D) 20797 (R) 20798 (M) 20799 (H) 207100 (C) 207101 (A) 207102 (P) 207103 (D) 207104 (R) 207105 (M) 207106 (H) 207107 (C) 207108 (A) 207109 (P) 207110 (D) 207111 (R) 207112 (M) 207113 (H) 207114 (C) 207115 (A) 207116 (P) 207117 (D) 207118 (R) 207119 (M) 207120 (H) 207121 (C) 207122 (A) 207123 (P) 207124 (D) 207125 (R) 207126 (M) 207127 (H) 207128 (C) 207129 (A) 207130 (P) 207131 (D) 207132 (R) 207133 (M) 207134 (H) 207135 (C) 207136 (A) 207137 (P) 207138 (D) 207139 (R) 207140 (M) 207141 (H) 207142 (C) 207143 (A) 207144 (P) 207145 (D) 207146 (R) 207147 (M) 207148 (H) 207149 (C) 207150 (A) 207151 (P) 207152 (D) 207153 (R) 207154 (M) 207155 (H) 207156 (C) 207157 (A) 207158 (P) 207159 (D) 207160 (R) 207161 (M) 207162 (H) 207163 (C) 207164 (A) 207165 (P) 207166 (D) 207167 (R) 207168 (M) 207169 (H) 207170 (C) 207171 (A) 207172 (P) 207173 (D) 207174 (R) 207175 (M) 207176 (H) 207177 (C) 207178 (A) 207179 (P) 207180 (D) 207181 (R) 207182 (M) 207183 (H) 207184 (C) 207185 (A) 207186 (P) 207187 (D) 207188 (R) 207189 (M) 207190 (H) 207191 (C) 207192 (A) 207193 (P) 207194 (D) 207195 (R) 207196 (M) 207197 (H) 207198 (C) 207199 (A) 207200 (P) 207201 (D) 207202 (R) 207203 (M) 207204 (H) 207205 (C) 207206 (A) 207207 (P) 207208 (D) 207209 (R) 207210 (M) 207211 (H) 207212 (C) 207213 (A) 207214 (P) 207215 (D) 207216 (R) 207217 (M) 207218 (H) 207219 (C) 207220 (A) 207221 (P) 207222 (D) 207223 (R) 207224 (M) 207225 (H) 207226 (C) 207227 (A) 207228 (P) 207229 (D) 207230 (R) 207231 (M) 207232 (H) 207233 (C) 207234 (A) 207235 (P) 207236 (D) 207237 (R) 207238 (M) 207239 (H) 207240 (C) 207241 (A) 207242 (P) 207243 (D) 207244 (R) 207245 (M) 207246 (H) 207247 (C) 207248 (A) 207249 (P) 207250 (D) 207251 (R) 207252 (M) 207253 (H) 207254 (C) 207255 (A) 207256 (P) 207257 (D) 207258 (R) 207259 (M) 207260 (H) 207261 (C) 207262 (A) 207263 (P) 207264 (D) 207265 (R) 207266 (M) 207267 (H) 207268 (C) 207269 (A) 207270 (P) 207271 (D) 207272 (R) 207273 (M) 207274 (H) 207275 (C) 207276 (A) 207277 (P) 207278 (D) 207279 (R) 207280 (M) 207281 (H) 207282 (C) 207283 (A) 207284 (P) 207285 (D) 207286 (R) 207287 (M) 207288 (H) 207289 (C) 207290 (A) 207291 (P) 207292 (D) 207293 (R) 207294 (M) 207295 (H) 207296 (C) 207297 (A) 207298 (P) 207299 (D) 207300 (R) 207301 (M) 207302 (H) 207303 (C) 207304 (A) 207305 (P) 207306 (D) 207307 (R) 207308 (M) 207309 (H) 207310 (C) 207311 (A) 207312 (P) 207313 (D) 207314 (R) 207315 (M) 207316 (H) 207317 (C) 207318 (A) 207319 (P) 207320 (D) 207321 (R) 207322 (M) 207323 (H) 207324 (C) 207325 (A) 207326 (P) 207327 (D) 207328 (R) 207329 (M) 207330 (H) 207331 (C) 207332 (A) 207333 (P) 207334 (D) 207335 (R) 207336 (M) 207337 (H) 207338 (C) 207339 (A) 207340 (P) 207341 (D) 207342 (R) 207343 (M) 207344 (H) 207345 (C) 207346 (A) 207347 (P) 207348 (D) 207349 (R) 207350 (M) 207351 (H) 207352 (C) 207353 (A) 207354 (P) 207355 (D) 207356 (R) 207357 (M) 207358 (H) 207359 (C) 207360 (A) 207361 (P) 207362 (D) 207363 (R) 207364 (M) 207365 (H) 207366 (C) 207367 (A) 207368 (P) 207369 (D) 207370 (R) 207371 (M) 207372 (H) 207373 (C) 207374 (A) 207375 (P) 207376 (D) 207377 (R) 207378 (M) 207379 (H) 207380 (C) 207381 (A) 207382 (P) 207383 (D) 207384 (R) 207385 (M) 207386 (H) 207387 (C) 207388 (A) 207389 (P) 207390 (D) 207391 (R) 207392 (M) 207393 (H) 207394 (C) 207395 (A) 207396 (P) 207397 (D) 207398 (R) 207399 (M) 207400 (H) 207401 (C) 207402 (A) 207403 (P) 207404 (D) 207405 (R) 207406 (M) 207407 (H) 207408 (C) 207409 (A) 207410 (P) 207411 (D) 207412 (R) 207413 (M) 207414 (H) 207415 (C) 207416 (A) 207417 (P) 207418 (D) 207419 (R) 207420 (M) 207421 (H) 207422 (C) 207423 (A) 207424 (P) 207425 (D) 207426 (R) 207427 (M) 207428 (H) 207429 (C) 207430 (A) 207431 (P) 207432 (D) 207433 (R) 207434 (M) 207435 (H) 207436 (C) 207437 (A) 207438 (P) 207439 (D) 207440 (R) 207441 (M) 207442 (H) 207443 (C) 207444 (A) 207445 (P) 207446 (D) 207447 (R) 207448 (M) 207449 (H) 207450 (C) 207451 (A) 207452 (P) 207453 (D) 207454 (R) 207455 (M) 207456 (H) 207457 (C) 207458 (A) 207459 (P) 207460 (D) 207461 (R) 207462 (M) 207463 (H) 207464 (C) 207465 (A) 207466 (P) 207467 (D) 207468 (R) 207469 (M) 207470 (H) 207471 (C) 207472 (A) 207473 (P) 207474 (D) 207475 (R) 207476 (M) 207477 (H) 207478 (C) 207479 (A) 207480 (P) 207481 (D) 207482 (R) 207483 (M) 207484 (H) 207485 (C) 207486 (A) 207487 (P) 207488 (D) 207489 (R) 207490 (M) 207491 (H) 207492 (C) 207493 (A) 207494 (P) 207495 (D) 207496 (R) 207497 (M) 207498 (H) 207499 (C) 207500 (A) 207501 (P) 207502 (D) 207503 (R) 207504 (M) 207505 (H) 207506 (C) 207507 (A) 207508 (P) 207509 (D) 207510 (R) 207511 (M) 207512 (H) 207513 (C) 207514 (A) 207515 (P) 207516 (D) 207517 (R) 207518 (M) 207519 (H) 207520 (C) 207521 (A) 207522 (P) 207523 (D) 207524 (R) 207525 (M) 207526 (H) 207527 (C) 207528 (A) 207529 (P) 207530 (D) 207531 (R) 207532 (M) 207533 (H) 207534 (C) 207535 (A) 207536 (P) 207537 (D) 207538 (R) 207539 (M) 207540 (H) 207541 (C) 207542 (A) 207543 (P) 207544 (D) 207545 (R) 207546 (M) 207547 (H) 207548 (C) 207549 (A) 207550 (P) 207551 (D) 207552 (R) 207553 (M) 207554 (H) 207555 (C) 207556 (A) 207557 (P) 207558 (D) 207559 (R) 207560 (M) 207561 (H) 207562 (C) 207563 (A) 207564 (P) 207565 (D) 207566 (R) 207567 (M) 207568 (H) 207569 (C) 207570 (A) 207571 (P) 207572 (D) 207573 (R) 207574 (M) 207575 (H) 207576 (C) 207577 (A) 207578 (P) 207579 (D) 207580 (R) 207581 (M) 207582 (H) 207583 (C) 207584 (A) 207585 (P) 207586 (D) 207587 (R) 207588 (M) 207589 (H) 207590 (C) 207591 (A) 207592 (P) 207593 (D) 207594 (R) 207595 (M) 207596 (H) 207597 (C) 207598 (A) 207599 (P) 207600 (D) 207601 (R) 207602 (M) 207603 (H) 207604 (C) 207605 (A) 207606 (P) 207607 (D) 207608 (R) 207609 (M) 207610 (H) 207611 (C) 207612 (A) 207613 (P) 207614 (D) 207615 (R) 207616 (M) 207617 (H) 207618 (C) 207619 (A) 207620 (P) 207621 (D) 207622 (R) 207623 (M) 207624 (H) 207625 (C) 207626 (A) 207627 (P) 207628 (D) 207629 (R) 207630 (M) 207631 (H) 207632 (C) 207633 (A) 207634 (P) 207635 (D) 207636 (R) 207637 (M) 207638 (H) 207639 (C) 207640 (A) 207641 (P) 207642 (D) 207643 (R) 207644 (M) 207645 (H) 207646 (C) 207647 (A) 207648 (P) 207649 (D) 207650 (R) 207651 (M) 207652 (H) 207653 (C) 207654 (A) 207655 (P) 207656 (D) 207657 (R) 207658 (M) 207659 (H) 207660 (C) 207661 (A) 207662 (P) 207663 (D) 207664 (R) 207665 (M) 207666 (H) 207667 (C) 207668 (A) 207669 (P) 207670 (D) 207671 (R) 207672 (M) 207673 (H) 207674 (C) 207675 (A) 207676 (P) 207677 (D) 207678 (R) 207679 (M) 207680 (H) 207681 (C) 207682 (A) 207683 (P) 207684 (D) 207685 (R) 207686 (M) 207687 (H) 207688 (C) 207689 (A) 207690 (P) 207691 (D) 207692 (R) 207693 (M) 207694 (H) 207695 (C) 207696 (A) 207697 (P) 207698 (D) 207699 (R) 207700 (M) 207701 (H) 207702 (C) 207703 (A) 207704 (P) 207705 (D) 207706 (R) 207707 (M) 207708 (H) 207709 (C) 207710 (A) 207711 (P) 207712 (D) 207713 (R) 207714 (M) 207715 (H) 207716 (C) 207717 (A) 207718 (P) 207719 (D) 207720 (R) 207721 (M) 207722 (H) 207723 (C) 207724 (A) 207725 (P) 207726 (D) 207727 (R) 207728 (M) 207729 (H) 207730 (C) 207731 (A) 207732 (P) 207733 (D) 207734 (R) 207735 (M) 207736 (H) 207737 (C) 207738 (A) 207739 (P) 207740 (D) 207741 (R) 207742 (M) 207743 (H) 207744 (C) 207745 (A) 207746 (P) 207747 (D) 207748 (R) 207749 (M) 207750 (H) 207751 (C) 207752 (A) 207753 (P) 207754 (D) 207755 (R) 207756 (M) 207757 (H) 207758 (C) 207759 (A) 207760 (P) 207761 (D) 207762 (R) 207763 (M) 207764 (H) 207765 (C) 207766 (A) 207767 (P) 207768 (D) 207769 (R) 207770 (M) 207771 (H) 207772 (C) 207773 (A) 207774 (P) 207775 (D) 207776 (R) 207777 (M) 207778 (H) 207779 (C) 207780 (A) 207781 (P) 207782 (D) 207783 (R) 207784 (M) 207785 (H) 207786 (C) 207787 (A) 207788 (P) 207789 (D) 207790 (R) 207791 (M) 207792 (H) 207793 (C) 207794 (A) 207795 (P) 207796 (D) 207797 (R) 207798 (M) 207799 (H) 207800 (C) 207801 (A) 207802 (P) 207803 (D) 207804 (R) 207805 (M) 207806 (H) 207807 (C) 207808 (A) 207809 (P) 207810 (D) 207811 (R) 207812 (M) 207813 (H) 207814 (C) 207815 (A) 207816 (P) 207817 (D) 207818 (R) 207819 (M) 207820 (H) 207821 (C) 207822 (A) 207823 (P) 207824 (D) 207825 (R) 207826 (M) 207827 (H) 207828 (C) 207829 (A) 207830 (P) 207831 (D) 207832 (R) 207833 (M) 207834 (H) 207835 (C) 207836 (A) 207837 (P) 207838 (D) 207839 (R) 207840 (M) 207841 (H) 207842 (C) 207843 (A) 207844 (P) 207845 (D) 207846 (R) 207847 (M) 207848 (H) 207849 (C) 207850 (A) 207851 (P) 207852 (D) 207853 (R) 207854 (M) 207855 (H) 207856 (C) 207857 (A) 207858 (P) 207859 (D) 207860 (R) 207861 (M) 207862 (H) 207863 (C) 207864 (A) 207865 (P) 207866 (D) 207867 (R) 207868 (M) 207869 (H) 207870 (C) 207871 (A) 207872 (P) 207873 (D) 207874 (R) 207875 (M) 207876 (H) 207877 (C) 207878 (A) 207879 (P) 207880 (D) 207881 (R) 207882 (M) 207883 (H) 207884 (C) 207885 (A) 207886 (P) 207887 (D) 207888 (R) 207889 (M) 207890 (H) 207891 (C) 207892 (A) 207893 (P) 207894 (D) 207895 (R) 207896 (M) 207897 (H) 207898 (C) 207899 (A) 207900 (P) 207901 (D) 207902 (R) 207903 (M) 207904 (H) 207905 (C) 207906 (A) 207907 (P) 207908 (D) 207909 (R) 207910 (M) 207911 (H) 207912 (C) 207913 (A) 207914 (P) 207915 (D) 207916 (R) 207917 (M) 207918 (H) 207919 (C) 207920 (A) 207921 (P) 207922 (D) 207923 (R) 207924 (M) 207925 (H) 207926 (C) 207927 (A) 207928 (P) 207929 (D) 207930 (R) 207931						

SOLICITAÇÃO DE PARECER

Paciente: SILMAR COSTA DA SILVA

Data da Internação (HGR): 06/04/2019

Idade: 43 anos

Data da Internação (Bloco D):

Data de Nascimento: 12/08/1975

Bloco D:

Leito: 409-1

De: Ortopedia

Para: Cardiologista

Paciente feme(n)ina de 43 anos de idade, aguardando programação cirúrgica por fratura de pilão tibial esquerdo.

Favor Risco Cirúrgico

Grato

12/04/2019

ÁREA DE SINISTROS - DEMAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

CENTRE SEGUINCIORA SAÚDE
CNPJ 00.000.000/0001-00



409-1

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

IGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH	DN	12/08/1975	
PACIENTE	SILMAR COSTA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	43	LEITO	409-1	DATA	13/04/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8/8H
2	AVP				8/8H
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				8/8H
7	TFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				8/8H
8	PLASIL 10MG EV 5/8H S/N				8/8H
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N				8/8H
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				8/8H
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PÁS > 160 L OU PAO > 110 MMHG				8/8H
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				8/8H
13	CURATIVO DIÁRIO				AREA DE ENHUSTROS - BPAT
14	SSVV + CCGG 6/6 H				CONTROLE RÁVEIAMENTO
15					
16					
17					
18					
19					20 SET 2019
20					
<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 30% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

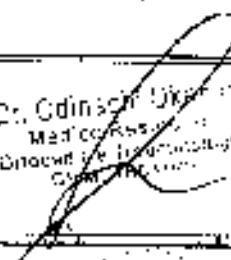
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HUMORATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA


 Dr. Odilon S. Oliveira
 Medicina de Família e Comunidade
 Diretor de Traumatologia
 Centro de Pronto Atendimento

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			



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

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/04/2019	DIH		DN	12/08/1975
------------------	------------	-----	--	----	------------

PACIENTE: **SILMÁR COSTA DA SILVA**

DIAGNÓSTICO: **FRATURA DE PILAO TIBIAL ESQUERDA**

ALÉRGIAS:

IDADE: 43

HAS

DM2

LEITO 409-1

DATA

06/04/2019

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5/4
2	AVP	manha
4	OMPPRAZOL 40MG EV 3 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	5/4
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	5/4
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	5/4
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	5/4
10	IRAMAL 100MG - SFU, 3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	5/4
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAO > 110 MMHG	5/4
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	5/4
13	CURATIVO DIÁRIO	5/4
14	SSWV + CCGG 8/8 H	5/4
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DIFÍCIL DE PREPARAR, DEIXIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACINÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO

20 SET 2019

PROVISÃO DL AI (A) : SEM PROVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

CENTRO DE SAÚDE
 Rua 25 de Março, 100 - São Paulo - SP

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Odilon Oliveira
 Médico Especialista
 Ortopedista Traumatologista
 CRM: 12547/RN



GOVERNO DE RORAIMA

AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS TRABALHADORES
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOME

Endo Medin

RECEITURÍA

O Pámt. Silvino Coelho S. L., vitimado
a cedol. de trânsito e trun derr. no MIE
106/04/20191 com fratura omoplata do pell(e)
Pelo TC no mero dia 03/06/20191
carençia óbvia. Traço entre articulaç. cl clavicular
do pell(e) e clav. poros. sem mot. C. respi.
Perto traço recta. Carençia dor. C. geno.
Após CONSULTADA e Pauta que faiis alt
ortopédica depois de 4 mon. da cedol. 6: (13/08/2019)
com: P. de colo pell(e) (E)
tentar de novas pell(e). (E)
Hr. Sagui. cl. Fratura 113 mon. de pell(e)
omopl. cl. Articul. a pell(e)
pacot. enpendulada do impact. cl. Cola
col/col/col. Planoal. inserido no MIE

DATA 30/10/2019

Eduardo de C. Guerra
Assistente de Massagem-Acupuntura
Ortopedista - M. B. M. S.

ÁREA DE BEMISITROS - DPMAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENESEG SEGUROADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - São Vito - RR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES CÍCLO CRUZ

244598

DATA DE Nascimento: 30/05/2019

NAME: SILMAR COSTA DA SILVA

RESIDÊNCIA: RAIMUNDA COSTA DA SILVA
MUNICÍPIO: OBIDOS - PA
DOC. OFICIAL: CERTO NASC 7688 FLS 90 LIV A-10
OBIDOS-PA

FRANCISCO CONCEIÇÃO DA SILVA
RAIMUNDA COSTA DA SILVA
MUNICÍPIO: OBIDOS - PA
DOC. OFICIAL: 617.514-482-15
OBIDOS-PA

AMADEU ROCHA TRIANI

DATA DE Nascimento: 12/08/1975

2a VIA

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

ASSINATURA DO TITULAR

DATA DE INVESTIGAÇÕES

Polegar Direito

silmar costa da silva

LEIA OS AVISOS DE INFORMAÇÕES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-RR

DETAN - RR Nº 012920146990
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01305078192		2018
NOME			
WELLITON MARTINS DA SILVA			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
690.889.772-91	NAU7628		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
9C2JC4160ER029130			
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAL. REL. LC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO			
HONDA/CG 125 FAN ESD		ANO FAB.	ANO MOD.
CAP / PÓT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0124CC/	PARTICU	VERMELHA	
I P V A	COTA UNICA *PAGO*	VENC. COTA UNICA *PAGO*	VENC. / COTAS
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1 ^o ***** 2 ^o ***** 3 ^o *****
	*** PAGO COTA UNICA ***		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGU	R\$0,7	R\$185,5	14/03/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ OCID *			
<i>Antonio Francisco Beserra Marques</i>		DATA	
BOA VISTA-RR		15/03/2018	
DETAN-RR			
EXPEDIDOR			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Brant, 404 - Boa Vista - RR

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012920146990 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/03/2018

VIA CPF / CNPJ PLACA

01 690.889.772-91 NAU7628

RENAVAM MARCA / MODELO

01305078192 HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB. PCD. N.º CHASSI

2014 9C2JC4160ER029130

PRÉMIO TARIFÁRIO

DETAN-RR CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$81,29 R\$9,03 R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

R\$4,15 R\$0,7 R\$185,5

PAGAMENTO DATA DE COTATÃO

COTA UNICA PARCELADO 14/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MAI 2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

20 SET 2019

GENE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - São Vito - RR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

548837

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326360/19

Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA

CPF: 617.514.482-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2019

Titular do CPF: SILMAR COSTA DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SILMAR COSTA DA SILVA : 617.514.482-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: SILMAR COSTA DA SILVA
CPF: 617.514.482-15

SILMAR COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA **físico:** FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILMAR COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MIE: PLATÔ TIBIAL.

Descrição do exame MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO + COMPROMETIMENTO DA **físico:** FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO.

Resultados terapêuticos: VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM OUTUBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25