

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: 2665651520200316154050

Processo 0807258-84.2020.8.23.0010 ☆ - (10 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

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:

17 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 17

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 17	16/03/2020 15:40:50	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
17.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2704943CONTESTACAO01.pdf Público 17.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2704943CONTESTACAOAnexo0201.pdf Público 17.3 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2704943CONTESTACAOAnexo0202.pdf Público 17.4 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
16	12/03/2020 09:51:27	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ANTONIO PINTO DE ALMEIDA) em 12/03/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (06/03/2020) e ao evento de expedição seq. 11.	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogada
[+] 15	12/03/2020 09:44:51	JUNTADA DE OUTROS	LIANE FLORIANO DIAS Estagiária
[+] 14	09/03/2020 10:55:40	EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO (A.R.) Prazo de 15 dias úteis. Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (06/03/2020 16:56:09). Identificador do Cumprimento: 0001	CARLOS WANDERLEY BARBOSA DE LIMA Analista Judiciário
13	09/03/2020 09:56:27	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para Perito SAMIR DE ARAÚJO XAUD com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento HABILITAÇÃO PROVISÓRIA (09/03/2020)	Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
[+] 12	09/03/2020 09:56:08	JUNTADA DE CERTIDÃO	Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
11	09/03/2020 09:54:47	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ANTONIO PINTO DE ALMEIDA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 9) CONCEDIDO O PEDIDO (06/03/2020)	Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
10	09/03/2020 09:53:44	HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: SAMIR DE ARAÚJO XAUD habilitado até 17/06/2020 (100 dias)	Eduarda Araujo de Oliveira Estagiário
[+] 9	06/03/2020 16:56:09	CONCEDIDO O PEDIDO	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
8	06/03/2020 11:39:56	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO	PAULO RICARDO SOUSA CAVALCANTE Analista Judiciário
[+] 7	06/03/2020 10:50:55	JUNTADA DE PETIÇÃO DE COMPROVANTE E/OU DOCUMENTO DA PARTE	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogada
[+] 6	06/03/2020 10:16:36	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO Magistrado
5	05/03/2020 16:38:03	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	05/03/2020 16:38:02	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	05/03/2020 16:38:02	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	05/03/2020 16:38:02	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[-] 1	05/03/2020 16:38:02	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INTIMAÇÃO	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA



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

Processo: 08072588420208230010

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 **ANTONIO PINTO DE ALMEIDA**, 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 **13/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **29/07/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218,   4  do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-f , 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 d vidas 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 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. 5    5  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.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...]   4  - 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;

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

Número: 3190592612	Cidade: Boa Vista	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA	Data do acidente: 13/07/2019	Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 25/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P7				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito 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 **13/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1,687.50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000085481-6

Nr. da Autenticação BE3D1D41AB66C242

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.

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1,687.50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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, 11 de março 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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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 **ANTONIO PINTO DE ALMEIDA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08072588420208230010.

Rio de Janeiro, 11 de março 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 / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

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

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

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

Raquel L. J.

Téc. Enferm

CRM-RR 0017

16/07

1901136177 15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

NOTURNO 19-

Paciente
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data Nascimento
07/11/1972

Idade
46 A 8 M 8 D

CNS

898003211434463

CPF

38319055253

Prontuário

Tipo Doc
IDENTIDADE 89226

Órgão Emissor Data Emissão
SSP/MA 17/10/1997

Sexo

M

Estado Civil

SOLTEIRO(A) PARD

Naturalidade

BARRA DO CORDA -

Nacionalidade

BRASILEIRA

Mãe
MARIA DE JESUS PINTO

Pai

RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA

Contato

(95) 99135-6267

Endereço

RUA - J-T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

VERDE

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

Motivo do Atendimento

SPA - PRONTO ATENDIM

Caráter do Atendimento

URGÊNCIA

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

36.70

Peso

130 x 9

Setor

PRONTO ATENDIMENTO

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Sol.

Registrado por:

JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO
APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE
MOTO NO DIA ANTERIOR

anamnese de Enfermagem

nega alergia, HAS, DM

GSC

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Antidopulga

opphs

fe de 10/10

FE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 3308
Nova Planície, Boa Vista - RR

03 JUL 2019
Sheila Ambulatório

Certificação: ☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

QUEIXA: FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM, Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eduardo.portela
Data Hora: 15/07/2019 21:45:42

© 2018
SISTEMA DE AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS
DE ATENDIMENTO AO PACIENTE
Versão 4.2.20 - 01/04/18



1901136177

NIR

Transf: 17/07/19


 Sistema
Único de
Saúde

 Ministério
da
Saúde

NIR

 FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

173591

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8918101032114344613

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/11/72

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Mama de Jesus Pinto

11 - TELEFONE DE CONTATO

9599153675

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua - JT 1 - A 323 Olímpico

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140210

15 - UF

R 126939100

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ex de R. R. R.

18 - HISTÓRICO CLÍNICO ANTERIOR À INTERNAÇÃO

TB curado

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

Dro + E f

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex de R. R. R.

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Int.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Patrick RABELO José

16/07/19

Patrick RABELO José

Cap. QOSP

Ortopedia e Traumatologia

CE. 1383 RDE 164

Boa Vista

33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CID DA CAUSA EXTERNA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CBO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SE APLICA

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

51 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

66 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

 0301060088
2039

SD RG



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE <i>Antônio Pinto de Almeida</i>			
AGNÓSTICO <i>Antônio Pinto de Almeida</i>			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<i>manter</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>06:12:18:24</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		<i>06:12:18:24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		<i>S/N</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		<i>S/N</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		<i>04:12:20</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		<i>04:16</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		<i>06:12:18:24</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		<i>Cicuta</i>
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Patrick RABELO José
CBO 0058
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1353 ROR

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
04/11/19	15/80	74	=	36.6

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brq. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (68) 3121-0500
ALTA
07 OUT 2019
Sheila

Realizada Visita e Orientação
[Assinatura]
30/10/2019

Presença de...
14:00hs Eja Uniane

BE 5/

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA.				
AGNOSTIC					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	16/07/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL-LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18h 24h 30h 42h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO.
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SUSPENSO.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotine
14	CURATIVO DIÁRIO				(SN) - Rotine
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

28h PA 130x90
T. 37,1°C

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	100x70	66	
18 H	120x80	79	
24 H			

36,2°C
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Realizado SSVV às 18:00hs.

João Gomes de Carvalho
Técnico de Enfermagem
CRM 655.958 - TE

03 OUT. 2019
Shele
Certifica-se que a presente
cópia é fiel ao original
que se encontra neste Hospital

Antonio Pinto

HC

B. e



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



PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Antonio Pinto de Almeida

AGNOSTIC

F+ 1º GRUPO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

17/7/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFERICO

3

SF 0,9% 500ML EV S/N

4

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5

OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA

6

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

7

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

8

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

9

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

10

CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H

11

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

12

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

13

SSVV + CCGG 6/6 H

14

CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

21

SWD

monte

SW

12/18 24 06

06

SW

SW

14 22 06

SW

3 x 1000

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

SW

Dr. Marcos Aguiar
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	TRX	DXT
12 H	120x86	81	36,4	89
18 H				
24 H				

MEDICO RESIDENTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

1600 Fátima Tel: (65) 2121-0620

03 OUT 2018

Shete

Certificado de Realização de Exame Original
Este Hospital



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO HC

Eu Antonio Pinto de Almeida

CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico e especializado;

6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 ____ . Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador _____

Nome: **ANTONIO PINTO DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: 07/11/1972

Data de admissão (HC): 17/07/2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PRIMEIRO QUIRODACTILO DIREITO

Admito paciente do sexo masculino, 46 anos, encaminhada do Hospital Geral de Roraima, onde deu entrada através do PAAR no dia 15/07 vítima de acidente de moto, apresentando Fratura do 1 QDT mão direita. Aguardando cirurgia encaminhado no dia de hoje ao HC para continuidade do tratamento.

Nega comorbidades (HAS, DM) Nega alergia medicamentosa. Nega hemotransfusão sanguínea.

Em tempo: Paciente informa discreta dor em MSD. Nega febre, formigamento/mudança de temperatura do local afetado. Funções fisiológicas preservadas. Nega outras queixas. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, corado, hidratado, eupnéico em ar ambiente.

AC: BCR em 2T, BNF sem sopro AR: MV bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, RHA+, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias e sinais de irritação peritoneal.

Extremidades com boa perfusão periférica < 3 segundos, sem edemas. Panturrilhas livres.

Pulsos cheios e simétricos. Membro superior direito imobilizado pela Ortopedia

Neurológico: Glasgow 15, sem sinais focais, pares íntegros. Força muscular preservada.

CONDUTA: Suporte clínico. Solicito exames laboratoriais de controle.

Boa Vista, 17 de julho de 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA HOSPITAL DE CLÍNICAS

DATA DE ADMISSÃO		17/07/2019	DIH		DN
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA 1º METACARPO MÃO DIREITA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	
IDADE		LEITO	339	DATA	17
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9 % 500 ML EV S/N				
4	OMEPRAZOL 40 MG EV 1 X DIA				
5	DIPIRONA 500 MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6 H				
6	TRAMAL 100MG+SF0,9%100ML EV DE 8/8 H SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	NALBUFINA 10 MG+100 ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6				
9	SIMETICONA 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SN 15
monte
su
206
206
su
su
M
M
M

17/07/2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	64	19	36,1	normal
12 H					
18 H					
24 H	130/70	75	19	36	+ + fex + leste

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____ HD: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO ()			

SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____



LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA - 6. EDEMA 7. AMPUTAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBTURADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO
MÚRMUROS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CANÓTICA () ACANÓTICA () ACROCANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FR. FRÊNTE
PULSO: () MORTUÁRIO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PUL: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () MANSO () INFLAMADO () TENSO () AGUDO () VAG. PATÓVIT
ELIMINAÇÕES/INCONTINÊNCIAS/EPISÓDIOS: () NORMAIS () DIARREIA () CONSTIPAÇÃO () MELÉNIA

APARELHO GENITURINÁRIO/OUTROS:
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
ESTADO DE HIGIENE: () BOM () RUIM () INTERMEDIÁRIO
ESTADO DE CALOR: () NORMAL () FRIO () QUENTE () INTERMEDIÁRIO
ESTADO DE UMIDADE: () NORMAL () SECA () ÚMIDA () INTERMEDIÁRIO

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARREIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA RINORRÉIA ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DEBILIDADE PREJUDICADA
() RISCO DE Quedas

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
() ASPIRAR VAS /TOT ____
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIMAS ALGICAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERÚSIO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBILIDADE ____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES ENT ____
() REALIZAR HIGIENE DE CONT. UNTO
() ESTIMULAR DEAMBULANÇA
() OBSERVAR E REGISTRAR IN: ELABORAÇÃO AQUIVADA E FÍSICA
() OUTROS

• ALÉRGICO ? _____

MANHÃ:

EXCERTE DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA / HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:
DATA 17/07 HORA 00

Paciente no 2ºito Suicida e em estado de
incapacidade com AP sem queixas no momento
de avaliação com AP 1800. mas foi dada
medicação (medicação para AP) em plena
atenção.

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

Medeiros V. Alves dos Santos
Técnico de Enfermagem
CORREIA R.R. 663.305-78
ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA					
AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	18/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				mon
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
12	CURATIVO DIARIO SN				SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO
PROGRAMA EM AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

VALS V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H	120/60	70		36	+	-	
12 H	110/70	66	19	36,8°C	+	+	
18 H	120/70	72	18	36,8	+	-	
24 H	130/70	60		36°	+	-	

DATA: 20, 07, 19

SEXO: () M () F

ID406

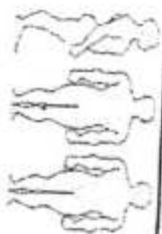
301

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM () NÃO ()			DATA

LESÕES



DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
- () TROCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANter Vias Aéreas Pervias
() REalizar Cuidados com Vias
() VERificar Sinais Vitais de ____/____ h
() MANter Monitorização
() MANter Cabeceira Elevada ____
() ASPIrar Vias /OT

IDENTIFIQUE SE HA LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA _____

GRAU II () GRAU II () GRAU II ()

() MOBILIDADE FÍSICA PREHENSIVA

1.1 OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓNICAS () CONJUGADAS
 () DESVIO DO EIXO VERTICAL () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

ORIKAS () MIDRIATICA

ACQUINONE ALIOTTI/VIA

OBS: / OBSERVADAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () DESFAVORÁVEL () RAZOÁVEL () DESFAVORÁVEL

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

FREQUÊNCIA: () SIM () NÃO

MÚRMURIOS VESICULARES (+) AUMENTADOS (+) BRADIPNEICO (+) TAQUIPNEICO (+) EDPMELICO (+) DISPNEICO

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTE
TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORACÃO

CIRCULATÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

- () CLASOTICA () AGANOTICA () MACROCIANOTICA
() UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () CTERICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

REFUSÃO DE RECIBO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PULSO PERIFÉRICO () FÍSTULA () DIMINUIDA

PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () FILIFORME

RITMO DO PULSO:

PARA O PAZIENTE GASTROINTESTINAL

PETITE-7 A NOVA 600 1000

() AUMENTADO / AUMENTADO / AUMENTADO

ABDOMEN: () FLACCID () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VINGRANDO

EFFECTS OF NITROGEN

1. **CONTRIBUTO** **GIURINARIO/ODONTO**

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA

HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA

HORA

TARDE:

DATA

HORA

TARDE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

CORREN-PR 907.649

CONSTITUIÇÃO DO CASTRO
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA

HORA

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente segue bem itrocomência
 ptica
 Nogueira Ferreira da Silva
 Técnica em Enfermagem
 COREN-PR 907.649

Paciente no bloco sem febre
 vitalidade 33% com sua
 assistência da equipe

Pt. sem febre, segue com
 decesso de superfície



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

339

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

AGNÓSTICO FX 1 MTC MÃO D

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

339

DATA

19/7/2019

TEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 1G EV 6/6H SN

6

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h

7

PLASIVIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN

10

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

12

CURATIVO DIÁRIO SN

14

SSV + CCGG 6/6 H

15

16

17

18

19

20

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

RR: MVF SEM TA

AR: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

VAIS VI	PA	FC	FR	TEMP	V	E	
6 H	120/80	65	16	36.5	+	-	
12 H	140/90	75	37	36.0	+	+	
18 H	130/90	69	17	36.0	+	+	
24 H	120/80	64	16	36.5	+	+	

SAE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO CARLOS DE MOURA DATA: 28/10/2010 SEXO: M () F IDADE: 33 HD: 339

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
DRENOS	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

- 1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO 9- SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA
OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

- EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOOR INSPIRATORIAL: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNÓICO
MÚMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () RÍMOS () ESTERTORES () SIBILUS
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____

- () HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA
TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

- RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINuíDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRITMICO () FEFORME
PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

- APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO
R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL
ELIMINAÇÃO/QUANTIDADE/EPÍDOSIS: _____
() NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

- () ESPONTÂNEA () ESTIMULADA ()
() HEMATURIA () COLÚRIA () POLQUIRIA ()
() EPIOTOMIA () SVD ()
() TIPIPIA ()
() CONCENTRADA ()
() DISÚRIA ()
() LANTÍRIA ()

DIAGNÓSTICO

- () RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TROCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() Desequilíbrio
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBTURÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA Quedas
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO
() OUTROS: _____

ALÉRGICO ?

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TQT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENDER PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
() OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEJUN A PARTIR DAS: ____ H
() REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____/____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: ____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

MANHÃ:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA

MANHÃ:

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA

Paciente em leito 150, sem queixas, após o
8º v. em, segue os cuidados de
enfermagem e

TARDE:

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente em leito 151, queixas medicadas
e sem alterações CPM. Segue
aos cuidados de enfermagem.

Dayane S. Tosin

Técnico de Enfermagem
COREN-PR 911.041 TE

NOITE:

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente em leito 152, sem
queixas, segue os cuidados de

ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:

CARIMBO-TEC ENFERMAGEM:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
DIAGNÓSTICO	FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	20/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN/D
3	CEFTIOXIMA 1G EV 6/6H				manhã
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H (SN)				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + 100ML SE 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				(S/N)
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H (SN)				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (SN)				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				(S/N)
12	CURATIVO DIARIO SN				(S/N)
14	SSVV + CCGG 6/6 H				(S/N)
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

REG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVE SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMA: EM AGUARDAMENTO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DATA	PA	FC	FR	TEMP		
5 H						
12 H	122/77	70	18	36.10	+	0
18 H	109x67	63	18	36	+	0
24 H	116x60	65		36.78	+	-

NOME: Antonio Jato de Almeida
 DATA: 22/07/1991 SEXO: M () F ()
 IDADE: RECO:

SEXO: ☒ M () F

PESO

KG

LEITO

330

• ALLERGICO ?

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

CATEGORIA E SONDAS			
CATEETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATEETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL: SIM ()	NÃO ()		DATA:
SONDA N° 001			

LESÕES

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____
 Sonda nasointestinal: SIM () NÃO ()
 DRENOS? SIM () NÃO () DATA: _____
 QUAL? _____

IDENTIFICQUE SE HÁ LESÕES

1 - FERIMENTO 2 - ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____
ABCECA PESCOÇO NÍVEL DE CONSCIENTE: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

GRAU I () GRAU II () GRAU III

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

BUCAI: () FAVORÁVEL () RAZGÁVEL () PRECÁRIA

PROVINCAS/ PADRÃO RESPIRATORIO

REQUÊSTA: () SIM () NÃO

MURMURIOS VESICULARES: () ALTERES () OBSCURAS

QUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () PRESENTE
 TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
 RARICAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
 () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

INCOBAGAO/LCOP DA PELE/MUCOSAS

MURCIANA () UNIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

PARELHO CARDIOVASCULAR

REFUSÃO PERIFÉRICA: () NÃO () SIM

ALSO PERIFÉRICO: (1) PÍLMG. (1) APTITUDE (1) DIMINUIDA

PULSO: () NORMALCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO ()

ARTELHO GASTROINTESTINAL

TABLE 1. *Salmonella* serotypes and phages

(APOM) (LACTO) (PHEPRO) (TMSO) (AGUDO) (SING PAVIA)

SECRETARIO GENERAL DE LA COMISIÓN DE ASESORIA

540227-1964

MANHÃ

DATA

HORA

MANHÃ

ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DATA 20/05/2020

transfusão de sangue
bem tolerado no período
de 08h00 às 09h00.

Ass: [assinatura]
Prof: [assinatura]

TARDE:

ASS. E CARIÍMBIO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

TARDE:

ASS. E CARIÍMBIO - TÊC. ENFERMAGEM:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÍMBIO - ENFERMEIRO:
DATA / HORA

NOITE:

ASS. E CARIÍMBIO - TÊC. ENFERMAGEM:
DATA / HORA

Paciente calmo, orienta-
do sem queixas.

ASS. E CARIÍMBIO - ENFERMEIRO:

ASS. E CARIÍMBIO - TÊC. ENFERMAGEM:

União Moura de Araruama
Rua: [assinatura]
[assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANTONIO PINTO DE ALMEIDA				
AGNÓSTICO	FX 1 MTC MÃO D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	339	DATA	21/7/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SUSPENSO
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H SN				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF ^{STAB}ILIZADA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: ALTA HOSPITALAR

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
13 H							
14 H							



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Corredor
B/E

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - **HC**

38

339

Eu Antonio Puto de Almeida CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: X

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

E: _____ a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 17/7/19
PACIENTE: Antonio Raulo de Almeida
DIAGNOSTICO(S): F-1-6A0 - (b) DN: 07/11/19

DH: / /
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSOIAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM:

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:

IMAGEM:

ANTIBIOTICO

USADO

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIOTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

Insulina

EVOLUÇÃO CLINICA:

Excordeiro programado 07/19

Boa Vista, 17 de 7 de 2019, Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM: /

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM: /



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

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

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

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

Raquel L. Salda

Téc. Enfermagem

CRP-RR 001.058.49

16/07

1901136177

15/07/2019 21:30:06

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

NOTURNO 19- 80

Paciente
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 89226

SSP/MA

17/10/1997

M

SOLTEIRO(A)PARD

MA

BARRA DO CORDA -

BRASILEIRA

Mãe
MARIA DE JESUS PINTO

Pai
RAIMUNDO PAIVA DE ALMEIDA

Contato
(95) 99135-6267

Endereço

RUA - J.T-1-A - 323 - OLIMPICO - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

Plano Convênio

Nº da Carteira

Validade

Autorização

Sis Prenatal

VERDE

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Peso

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

Sessão

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

36.70

130 x 90

PRONTO ATENDIM

DEMANDA ESPONTANEA

Registrado por:

JACKSON.SADOVSKI

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomático Respiratório

☐ Suspeita de Dengue

PACIENTE ENCAMINHADO DO HCS SIC ENCAMINHAMENTO MEDICO O MESMO
APRESENTA FRATURA NA APÓFISE 1ª METACARPO MÃO DIREITA. O MESMO RELATA DE
MOTO NO DIA ANTERIOR

anamnese de Enfermagem

nega alergia, HAS, DM

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eduardo.portela
Data Hora: 15/07/2019 21:45:42



1901136177

Sistema
Unico de
Saúde

Atendimento
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTELA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

10 - UF

11 - CID

12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Ex de Roberto

13 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex de Roberto

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

Ex de Roberto

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - CID 10 PRINCIPAL

17 - CID 10 SECUNDÁRIO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

20 - CLÍNICA

21 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

22 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

23 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

24 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

25 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Patricia RABELO José
Cap QOSPM

Patricia RABELO José
Cap QOSPM
Ortopedia e Traumatologia
Cl. INT. 1383 ROE 164

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

26 - CDD DA SECUNDARIA

27 - N.º DO ROLHETE

28 - ATIVIDADE DE TRABALHO TÍPICO

29 - ATIVIDADE DE TRABALHO TÍPICO

30 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

31 - EMPREGADO

32 - EMPREGADOR

33 - AUTÔNOMO

34 - DESEMPREGADO

35 - APOSENTADO

36 - NÃO SE APLICA

AUTORIZAÇÃO

37 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

38 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

39 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

40 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

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 SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Masc.

9 - SEXO

Fem.

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente do sexo masculino, portador de hipertensão arterial sistêmica em tratamento com medicação adequada. Aguardando cirurgia.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ALERGIAS

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

EX Fígado + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hipertensão Arterial Sistêmica

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



DIRETO

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
46 ano(s) 07-11-1972

15.07.2015 12.43.16

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1015366826

1015366826

PROIBIDO PLASTIFICAR

1015366826

NOME
ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
89226 SSP RR

CPF
383.190.552-53

DATA NASCIMENTO
07/11/1972

FILIAÇÃO
RAIMUNDO PAIVA DE
ALMEIDA
MARIA DE JESUS PINTO

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AB

IF REGISTRO
03379012512

VALIDADE
16/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
07/03/1997

OBSERVAÇÕES

Antonio Pinto de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2015

56160388155
RR207732655

AUXELINO KUNZSCHER PEREIRA
DIRETOR-GERENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

554588

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

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: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	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: 3190592612 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 13/07/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P7

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364690/19

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

CPF: 383.190.552-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA : 383.190.552-53

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: 18/10/2019
Nome: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA
CPF: 383.190.552-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592612

Vítima: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 0000085481-6

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, 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: 383.190.552-53 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pinto de Almeida

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

5 - Nome completo: Antônio Pinto de Almeida 6 - CPF: 383.190.552-53
7 - Profissão: Servidor Público 8 - Endereço: Rua J.T.O. 9 - Número: 323 10 - Complemento:
11 - Bairro: Olímpico 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 69314-578
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 65/99155-6757

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)
☐ 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 Brasil
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 85.491 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascor)? ☐ 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 - Imprescritível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 15/10/19
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
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022809/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2019 09:46

Data/Hora Fim: 29/07/2019 10:14

Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/07/2019 20:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: rua HC-4 (area de chacara)

Bairro: Senador Hélio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Barra do Corda

Sexo: Masculino

Nasc: 07/11/1972

Profissão: Funcionário Público

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Jesus Pinto

Nome do Pai: Raimundo Paiva de Almeida

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 89226

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua JT 1-A

Bairro: Olimpico

Telefone: (95) 99155-6757 (Celular)

Nº: 323

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição HONDA/CG 125 TITAN ES

CPF/CNPJ do Proprietário 007.092.782-09

Placa NAX9480

Renavam 00173097227

Número do Motor JC41E2A029054

Número do Chassi 9C2JC4120AR029054

Ano/Modelo Fabricação 2010/2009

Cor AZUL

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 04/12/2015

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pinto de Almeida	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz
Impresso por: Washington Balaio da Silva
Data de Impressão: 29/07/2019 10:15
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 022809/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado esteve nesta Unidade Policial para comunicar que: transitava no horário e local pela via acima citado conduzindo uma motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, quando de forma inesperada entrou num buraco encoberto por uma poça de lama, desequilibrou vindo a cair; Que o comunicante machucou a mão direita; Que o próprio comunicante procurou atendimento médico no PSE, Que foi constatado que o dedo polegar da mão direita foi quebrado. Era o que tinha a comunicar.

ASSINATURAS


Washington Baião da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42060335

Responsável pelo Atendimento


Antonio Pinto de Almeida

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) 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."

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO PINTO DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000085481-6

Nr. da Autenticação BE3D1D41AB66C242

Matrícula: **896969**

Julho/2019

Dados do Cliente:

MARIA DE JESUS PINTO ALMEIDA

Endereço para entrega:

RUA JT 01 A, NUM. 323 - OLIMPICO BOA VIS
 TA RR 69014-579

Inscrição 001.021.631.0230.000	Rota 27	Seq. Rota 1000	Quantidade de Economias RESIDENCIAL
Hidrometro NÃO MEDIDO	Data de instalação	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
			10
LEITURA FAT.		NUM DE DIAS	
LEITURA INF.		0	
DT. LEITURA			

ULTIMOS CONSUMOS

201906 10-0
 201905 10-0
 201904 10-0
 201903 10-0
 201902 10-0
 201901 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor
 Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
 DECRETO FEDERAL N.º 5412 / 2005 G.M.

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C. TOTAL	C. COLI
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISES	100	100	100	100	100
CONFORME	100	100	100	100	100

DESCRIÇÃO

AGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
 CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

15/08/2019

TOTAL A PAGAR

23,83

AVISO: EM 31/05/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
896969	07/2019	15/08/2019	23,83

82600000000- 8 23830004001- 7 00089696901- 1 07201930003- 6

