

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: 2671150120200320162804

Processo 0807698-80.2020.8.23.0010 ☆ - (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)

Resizes

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:

6 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 6

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 6	20/03/2020 16:28:04	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
6.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2705793CONTESTACAO01.pdf Público 6.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2705793CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 6.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público			
5	09/03/2020 18:23:19	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	09/03/2020 18:23:19	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	09/03/2020 18:23:18	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	09/03/2020 18:23:18	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	09/03/2020 18:23:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA Advogada



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

Processo: 08076988020208230010

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 **ROSANGELA MARIA SERGIO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/03/2018**.

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\$ 7,087.50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 12/03/2018 após 4 MESES da data do alegado acidente noticiado.

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

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 21/11/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7,087.50 (sete mil 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:

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)

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157401 Cidade: Boa Vista Natureza: Invalidez Permanente
 Vitima: ROSANGELA MARIA SERGIO Data do acidente: 21/11/2017 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna esquerda (tíbia e fíbula),
 fratura exposta do hálux do pé esquerdo.

Descrição do exame: Instabilidade articular e deformidade com limitação da flexão e da extensão do pé esquerdo, dor na fáscia plantar,
 médico pericial: tromboflebite, claudicação e deambula com auxílio de muletas.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa.
 Realizou fisioterapia (18 sessões).
 Alta médica (12/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Médico examinador: DEBORAH ACASSIA MAMED RODRIGUES

CRM do médico: 1454

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7,087.50 (sete mil 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 **21/11/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 7,087.50 (sete mil 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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA MARIA SERGIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000062728-3

Nr. da Autenticação 302C0D3FDA276D82

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 7,087.50 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁷**art. 1º. (...)**

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

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

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da 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, 13 de março de 2020.

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.

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROSANGELA MARIA SERGIO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08076988020208230010.

Rio de Janeiro, 13 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

BLOCO B

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



1700869079		21/11/2017 08:48:32		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-15		3	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
ROSANGELA MARIA SERGIO		26/12/1981		35 A 10 M 26 D		706104820039930		80511872291		00008803	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		187028		SSP-RR		21/10/2003		F		UNIAO	
Mãe		MÁRIA LUCIA SERGIO		Endereço		RUA - RIO AMAJARI - 212 - ARACÉLES - BOA VISTA - RR		Naturalidade		FORTALEZA - CE	
								Nacionalidade		BRASILEIRA	
								Contato		(95) 99157-9197	
								Ocupação		NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SU6 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:					
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL				LIZA.MARIE					
Queixa Principal											
Queda umisto após colisão e outra umisto.											
Anamnese do Enfermeiro											
										GSC	
										AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
										TOTAL	
										15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA -)											
e perda consciência. e vômitos. Queixa de dor em p ^{to} (E).											
Exame Físico											
BGG, LOTE EUPNEICA, HUMED. ESTÁVEL.											
Lesões em talher (E) e perda anatomia.											
Hipótese Diagnóstica											
Fratura exposta talher (E)?											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
GENTE SEGURADORA S/A											
APRAZAMENTO											
Fimão João Basso - 11/11/2017											
PRESCRIÇÃO											
1 - Dupimona 600 1 - Tiliel 400mg											
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT											
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO											
09 ABR 2018											
Condição											
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta e Pedido ☐ Alta a Revelar ☒ Transferência para: ORTOPEDIA											
☐ 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											
Impressão por: liza.marie											
Data Hora: 21/11/2017 08:48:55											
Kelly Duarte											
Médica											
CRM/RR 1709											



0308010019 → T668
V299
5826



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				14h 25' 95'
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h 26' 96'
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				SN
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				NOTINA
8	CURATIVO DIÁRIO				NOTINA
9	Cefalotina 1g ev 6/6h				18h 26' 96'
10	Da Blau				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SE, 1/2 UNIDADE DE ME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 12UI; >400: 16UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS $>$ 160/90 OU PAD $>$ 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER E, VADA ACHMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

Dr. Leonardo Rabelo
 Residente em Ortopedia e Traumatologia
 CRM RR 1716

REC. LUGÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Benício, 484 - Boa Vista - RR

	PA	FC	FR	TEMP			
VITAIS VITAIS							
6 H	136x76	60	21				
12 H	141x81	66	21	36.7			
18 H	130x80	80	21	36.3			
24 H	158x84	69	20	36.4			

Marina Coutinho da Silva
 Enfermeira
 CRP RR 418.613

Diurese os 24hs
 500 ml

Dr. Leonardo Rabelo
 CRM RR 1716

219-4



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rosângela marlo sergio				
DIAGNÓSTICO	fx de frax				
ALERGIAS	NEGA	HAS		DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	7194	DATA:	23/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				- D SN
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				- D 10/10/12 08
3	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS				- D 10/10/12 08
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS sn				- D 10/10/12 08
7	SSVW+CCGG 8/8 horas				- D SN
8	CURATIVO DIÁRIO				- D gráfico
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				- D Rotina
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev				- D 10/10/12 08
11	clonazepam 40 mg 1 x ao dia				- D 10/10/12 08
12					- D 10/10/12 08
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[Handwritten signature]

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

[Handwritten signature]
 Dr. Paulo C. R. R. R. Jr.
 Médico
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	100/70	66		36.2°C			
12 H							
18 H	100/60	66	-	36.3°C			
24 H							

Administrado as medicações
 no horário respectivo.
 Tén. Polly

Pollyana P. de Medeiros
 Tén. em Enfermagem
 COREN/RR 331737



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela mario sergio				
DIAGNÓSTICO	fx de tnz				
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	25/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS				14:00
3	PARACETAMOL 750 MG VO 8/8 HORAS				14:00
4	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 8/8 HORAS an				14:00
5	SSVV+CCGG 8/8 horas				14:00
6	CURATIVO DIÁRIO				14:00
7	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				14:00
8	clindamicina 600 mg 8/8 horas ev				14:00
9	clexano 40 mg 1 x ao dia				14:00
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - São Vito - RR

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Aguardando
Vinte por projeto
Liliane*

*Dr. Paulo Roberto de
Medicina
CRM-RR 1908*

	PA	FC	FR	TEMP	DIAPHR	Eva
SINAIS VITAIS						
6 H	144/68	76	38	35.8		
12 H	160/80	84		36.5		
18 H	160/80	108		36.3		
24 H	126/76	80	38	36	Dr	

Liliane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 481 072



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela marlo sargio				
DIAGNÓSTICO	fx de tnz				
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	26/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS				
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev				
11	claxane 40 mg 1 x ao dia				
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

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

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	135x75	67	=	36,5°C			
12 H	110x60	79					
18 H	130x70	67					
24 H	100x64	59		37°C			

06:00 @ 12:00 2 mas foi realizado por recusa da paciente.
13/17 32:00
120x80 P-68 T-36,8°C - TCE: 80%
Márcia S. Richil
Aux. Enfermagem
COREN: 043001648



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE *rasanigela mario sergio*

DIAGNÓSTICO *fx de tnz*

ALERGIAS **NEGA**

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE **35**

LEITO

219-4

DATA

27/11/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5 PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS

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

7 SSVV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIÁRIO

9 ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11 clexane 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Antônio João Batista 404 - Boa Vista - RR

Dr. Pablo C. Echenagena Jr.
Médico
CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	110/70	80	19	36,2
12 H				
18 H	112/80	80		36
24 H	110/80	89	21	36,2

Às 14:00, Paciente recusou o intern. O Dr. Brinalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE

Adm. Intern. 05, 10 e 11, conforme Prescrição médica. Brinalda Soares Pinto
COREN-RR 1.223.379 TE



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



219-4

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	rasangela mario surgio				
DIAGNÓSTICO	fx de torn				
ALERGIAS	NEGA	HAS	slm	DM	NEGA
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	28/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS				26 24 06
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS				16 24 06
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS <i>em</i>				16 24 06
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				16 24 06
8	CURATIVO DIÁRIO				16 24 06
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev				16 24 06
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev				16 24 06
11	clexano 40 mg 1 x ao dia				16 24 06
12					
13					
14					
15					
16					
ÁREA DE SINISTROS - DPV41 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 ABR 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Paulista 1500 - São Paulo, SP 1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Alde

Nutrição: Dieta S após desjejum dia 29/11, p/ procedimento.

Dr. Paulo C. Pacheco Jr.
Médico
CRM-RR 1904

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	130/80	74		36,0			
12 H	131/83	77		36,3			
18 H	140/80	64	19	36,5C			
24 H							

Paciente no leito
do 1º, estavel, aguardando
procedimento cirurgico, no 2º
leito, administracao medicacao e P.M.

Notificação de Alergia
Alérgico a Penicilina
Data: 28/11/2017

Obs não tem

Notificação de Alergia
Alérgico a Penicilina
Data: 28/11/2017



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



DATA DE ADMISSÃO			DIH			DN			
PACIENTE	rgangela marlo sergio								
DIAGNÓSTICO	fx de tnz								
ALERGIAS	NEGA	HAS	sim	DM	NEGA				
IDADE	35	LEITO	219-4	DATA	30/11/2017				
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE						JND		
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS						18:24 06		
5	PARACETAMOL 750 MG VO 6/6 HORAS <i>medicação com paciente</i>						18:24 06		
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn						S/N		
7	SSVV+CCGG 6/6 horas						V6 fine		
8	CURATIVO DIARIO						V6 fine		
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas ev						V6 fine		
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas ev						V6 fine		
11	clexane 40 mg 1 x ao dia						V6 fine		
12									
13									
14									
15									
16									
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA <u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	120x70	69		35,5°C		
12 H						
18 H	117x85		97	37,2		
24 H						

Dr. João C. de Oliveira Jr.
Médico
CRM RR 1908



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE rasangela mario sergio

DIAGNÓSTICO fx de tnz

ALERGIAS

NEGA

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE

35

LEITO

219-4

DATA

01/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

PARACETAMOL 500 MG VO 6/6 HORAS 500 mg

NTP

6

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

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIARIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

claxane 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

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

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

8 H

100/60

70

—

36.5C

12 H

100/60

60

—

36.5C

18 H

100/60

66

—

36.8C

24 H

100/60

66

—

36.8C



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE **rasangela maria sergio**

DIAGNÓSTICO **fx de tñz**

ALERGIAS **NEGA**

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE **35**

LEITO

219.4

DATA

03/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0.9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

DIPIRONA 1 AMPOLA 8/8 HORAS EV

6

TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIARIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Camilo João Dantas, 104 - Boa Vista - RR

PA

FR

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

115/65

84

36°C

12 H

110x70

93

36°C

18 H

109x72

90

36.2

24 H

100/50

84

36°C

*Wente no leito sem queixa,
 e todos os procedimentos conforme
 as Prescrições médicas*

Dorival Silva
 Técnico Enfermagem
 COREN-RR 904.158



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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **Joangela mario sergio**

DIAGNÓSTICO: **fx do tornozelo**

ALERGIAS: **NEGA**

IDADE: **38**

ITEM: **PRESCRIÇÃO**

1. DIETA ORAL LIVRE

2. SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5. DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS EV

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

7. SSVV+CCGG 6/6 horas

8. CURATIVO DIÁRIO

9. ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10. clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11. clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12.

13.

14.

15.

16.

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 09 ABR 2018
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Dr. Paulo C. Echeverri de
 Médico
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP
SINAIS VITAIS				
6 H	120/80	65		
12 H	129/92	84	20	36,2
18 H	120/70	73	22	36,3
24 H	120/70	63		

1845 - ITEM (1) PCTE RECUSA A ADMINISTRAÇÃO, DEMAIS MEDICAÇÕES REALIZADAS, SINAIS VITAIS AFERIDOS, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Glenn Melo de Araújo
 Técnico de Enfermagem



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

sergio mario sergio

ROSANGELA

DIAGNÓSTICO

fx de tnz

ALERGIAS

NEGA

HAS

sim

DM

NEGA

IDADE

35

LEITO

218-4

DATA

05/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

5 N

2

SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS

5

DIPIRONA 1 AMPOLA 6/6 HORAS EV

6

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

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIÁRIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 horas ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas ev

11

clonazepam 40 mg 1 x ao dia

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS $>$ 160 E OU PAD $>$ 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

120x81

70

36

12 H

111/68

64

36,8

18 H

115x74

63

37,0

24 H

120x80

64

36,3



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



DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

35

HAS

DM2

LEITO

219-4

DATA

06/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

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

7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

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

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

14 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

15 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

16 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

17 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

18 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

19 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

20 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2016

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista 404 - Boa Vista - RR

18.0 por cento resumo
no livro
quero. Daiane S. Grandão
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 799.579

SEGUIE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dr. Marcus Brunner CRM 1917

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Emerson S. Grandão
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 799.585

	Pa	P	T	R
6 H	127x62	68	36.5	
12 H	128x75	68	36.5	-
18 H	118x76	70	36.0	-
24 H	128x57	67	36.6	

12h. Paciente não refere dor. Realizada nova ANP em ME (E) com
gelco N° 22, pela Téc. POLLYANA. Administradas MEDICAÇÕES C.P.M. e
verificados SSVV.

Assinatura de Enfermeiro



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNÓSTICO FX LX TNZ

ALERGIAS

IDADE

35

HAS

DM2

LEITO

219-4

DATA

07/12/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 SF0,9% 500ML EV DE 12/12H

4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

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

7 DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN

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

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

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11 CURATIVO DIÁRIO

12 CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H

13

14

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

ÁREA DE SINISTROS - DPV
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Nutrição: X após 22h p/ procedimento
em 08/12, pela manhã

Rodrigo Costantino Silveira
Nutricionista
CRM-77238

	PA	FC	T
6 H	118x80	71	36°
12 H	125x81	61	36,4
18 H	130x84	66	36,4
24 H	140x90	59	36°

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

09 ABR 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

GENTE SEGURADORA SIA

Rua Capão João, 100 - São João - RJ

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 OUTRAS ASSOCIAÇÕES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO REGISTRO

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() SEGURADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050578-5826

V299

(8.12)



BOLETIM OPERATÓRIO

ROSÂNGELA MARIO SARGIO

Data: 08,12,17

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA LUXAÇÃO TUMORAL DO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: OSTEOTOMIA DA FRACTURA LUXAÇÃO TUMORAL DO

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O TUMOR

CIRURGIÃO: DR. MAX SOUTO

1º AUXILIAR: DR. ELDER SOARES

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

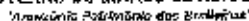
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ponto de entrada sob efeito anestésico
- 2) AMPHO, ANTIBIÓTICO e colocação de campos umbilicais
- 3) Incisão longitudinal pela linha T12 L1 + disseção dos planos anatômicos
- 4) Redução da fratura luxação T12 sob visualização direta + fixação com placa de estabilização 7 parafusos com auxílio do instrutor de redução
- 5) Avaliação da hemostasia
- 6) LMC com 50% de
- 7) Ferida por planos anatômicos
- 8) Curativo

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURO S/A
Av. Capão João Bezerra, 404 - Boa Vista



HISTÓRICO - MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanyl 100mcg EV
midazolam 2mg EV

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANESTESIAS
A. Propofol 0,5% 12,5ml		Raquiocaudal hiperbárica	X. Marmos júnior (ECG, SatO ₂ , PAO ₂)
B.		rápida, simples, lombar.	1. Antinúria c/ alisol 70% +
C.		Sob ventilação espontânea	campos estável.
D.			2. Punção lombar, entre L2-L3
E.			paramediana D, c/ agulha 27g
F.			multípala.
G.			3. Injeção do agente A.
GLICOSE	Uso normal	Cânula - Meso / Oleo Farinha	4. Cefalotina 2g EV
ACQUO		Meso / Contrapal - Carga	5. midazolam 2mg EV
SANGUE		Biol - Tromp - Calibre do Tubo	6. midazolam 4mg EV
CP 1500ml		Sob M&S	7. Hdo contínuo 30mg EV
		Ortopedia Tórax	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 1500ml		10:25 às 11:45	
OPERAÇÃO		Osteotomia de fract. tornozelo E.	
ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRURGO	FECHA SANGUÍNEA
Dr. Aron / R2 Ucho		Dr. Max / Bruno / Heloísa	compa hól.

8- Темокісам 40mg EV
9- Деконгестан 10mg EV
10- Оліпіона 20g EV

A SRPA.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 APR 2018

GENTE SEGURADORA S/A



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rozângela <i>ma</i> Sérgio		219-4	00008893	08 / 12 / 17	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura no Tornozelo E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:56	11:22		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:			
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☒	LÂMINA BISTURIN° 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
☒	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
☒	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
☒	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
☒	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☒	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
☒	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°	
☒	SERINGA 10ML			2ml GEOFAM PVP. Topico	
☒	SERINGA 20ML			2ml RITA-CARDIACA Alcool	
				2ml OUTROS: Clorexidim	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Stefanie + Erica	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Osberto + Lili	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

ÁREA DE SINISTROS - OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 23/11/2017 DIH DN 26/12/1981

PACIENTE ROSANGELA MARIA SERGIO

AGNOSTICADO FX LX TNZ

ALERGIAS

IDADE 35 HAS DM2
LEITO 219-4 DATA 08/12/2017

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SFO, 9% 500ML EV DE 12/12H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H	
13		
14		
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

ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

ÁREA DE
CONTEÚDO

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Marcus Brunner CRM 1917
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Renanilde Maria Sérgio

DADOS PNE-CPESA-DRG

DATA: 08.12.17

Idade: 35

Chegada: 8:55

Idioma: Português

Religião: Evangelizante

Profissão: Trabalhadora

Estado Funcional/ Mental: Normal

Exames: Exames de laboratório

Outros: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

Exames de laboratório: Exames de laboratório

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 10:56 Início da Anestesia: 11:22 Término da Anestesia: 11:35

Cirurgia Realizada: Procedimento cirúrgico Anestesia: Local

Posição: Decúbito dorsal

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Cirurgia Realizada: Procedimento cirúrgico

Posição: Decúbito dorsal

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

Medicação: Antibiótico

ÁREA DE SINISTROS - DE VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Celso de Mello, 484 - Boa Vista - RJ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Rosângela M. Sampaio		219-4	00008893	08/12/11	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Fratura no Tornozelo E		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:56	11:22		
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA				
1ª AUXILIAR	ANESTESISTA:	RES. ANESTESIA:			
2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL®	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN® 24			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN®	
1	SERINGA 10ML			GEFOAM PVF. Fôpica	
1	SERINGA 20ML			NETA CARDIACA alcool	
				OUTROS: cloroxedim	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	VALOR			
	Stefanie + Erica				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				
	Gilberto + Lili				
		MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

FRATURA ANO M. ESQUERDA

Data: 02/12/17

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: ROSANORA MARIA SEARA Idade

Bloco: B Enfermaria 219 Leito: 4

Caixa: PR. G. U. E. M. F. R. M. N. H. S. Nº

Circulante: 62236200.1111 Sala 4

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

1	UNDO	PLACA	T. O. REFELUX	DLP
1	UNDO	PARAFUSO	C. AP. LAL	Nº 12
1	UNDO	PARAFUSO	ESPONJOSO	Nº 14

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Renanildo M. Silva
Responsável Cirurgião: Dr. M. Silva

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMADO:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☐ Procedimento

Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Assinatura _____ Hora: _____

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente ☒ Sítio cirúrgico ☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista:

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica ☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura _____ Hora: _____

Assinatura e Carimbo



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosângela Maria Sergio 35 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 27-11-17, COM
 DIAGNÓSTICO DE fratura luxação T12 (C)

NO DIA 09-12-17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese do fêmur luxado T12 (C) SENDO

OPERADO PELO DR. Max E DR. E. L. L.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10-12-17, ÀS 8h, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 18-12-17, ÀS 8h,
 DR. E. L. L.

ÁREA DE SINISTROS - DP/DTM 0
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 04 (UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. B. J. Eduardo Honório, S/Nº
 Novo Planalto - Tel: (95) 2121-6630
 AUTENTICAÇÃO
 08 MAR 2018
 Certifico e Declaro que a presente
 cópia é fiel reprodução original
 do documento.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 10-12-17

Dr. Paulo Roberto
 Médico de Ortopedia
 10-12-17
MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosângela Maria Sérgio 75 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/11/17, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura luxatória T.N.7. (E)

NO DIA 08/12/17, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Artroscopia de fratura luxatória T.N.7. (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Max E DR. Eldes

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 10/12/17 ÀS 8 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 18/12/17 ÀS 8h, COM O
DR. Eldes

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

ORIENTAÇÕES GERAIS :

GENTE SEGURADORA S/A

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

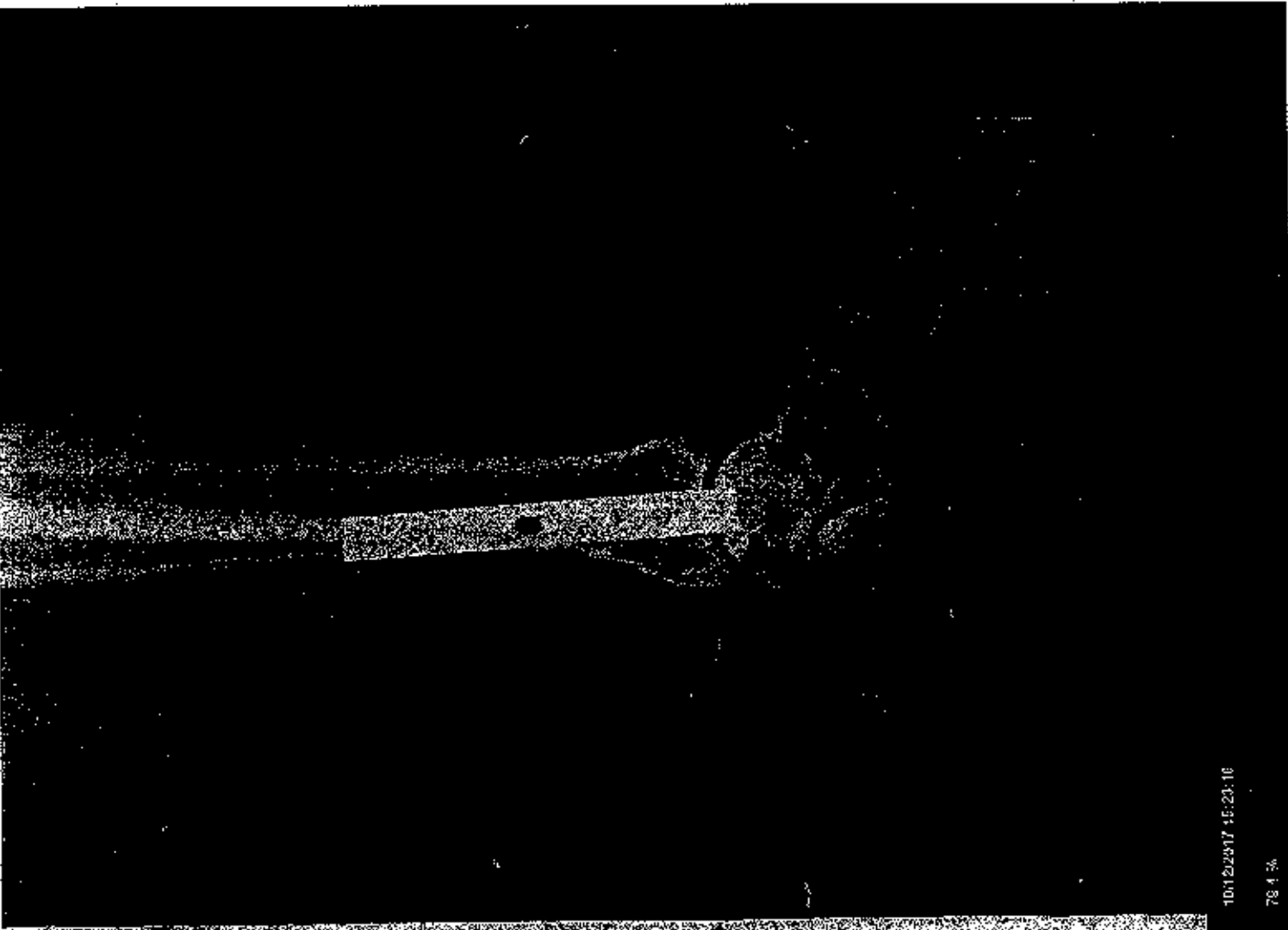
BOA VISTA, 10/12/17

Dr. Pedro [Assinatura]
MÉDICO

11



0.9.488.2018



ROSANGELA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

10/12/2017 15:23:10

78.4%

GENITE SEGURADORA S/A
R. Capão do Juba, 100 - Boa Vista - RJ

GENIE review

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODONTOLOGICA

1954

Nome: *Francisco de Assis*

Idade: *25* Anos

Sexo: *M*

Profissão: *Engenheiro*

Endereço: *Rua da Liberdade, 123 - Recife - PE*

Assinatura: *[Assinatura]*

Carimbo: *[Carimbo]*

Observações: *[Espaço em branco]*

RODRIGUES SIA
Rua João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157401 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO **Data do acidente:** 21/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PE ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180157401 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO **Data do acidente:** 21/11/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna esquerda (tíbia e fíbula).
fratura exposta do hálux do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Instabilidade articular e deformidade com limitação da flexão e da extensão do pé esquerdo, dor na fáscia plantar, tromboflebite, claudicação e deambula com auxílio de muletas.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa.
Realizou fisioterapia (18 sessões).
Alta médica (12/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/06/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro inferior esquerdo.

Médico examinador: DEBORAH ACASSIA MAMED RODRIGUES

CRM do médico: 1454

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180157401

Nome do(a) Examinado(a): ROSANGELA MARIA SERGIO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Rio Amajari, 212 - Boa Vista/RR - CEP 69315-018

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 187028 - SSP RR - 23/10/2017

Data e Local do Acidente : 21/11/2017 - RUA RAI0 SOLAR BAIRRO JOQUEI CLUBE

Data e Local do Exame : 01/06/2018 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM LESÃO E FRATURA EXPOSTA EM HALUX ESQUERDO COM PERDA ANATOMICA, FRATURA DE FIBULA E TIBIA ESQUERDA.

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

OSTEOSSINTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA.

FEZ FISIOTERAPIA (18 SESSÕES), TENDO TIDO ALTA NO MES DE DEZEMBRO DE 2017. VITIMA NECESSITA DE TERAPIA DE REABILITAÇÃO PARA O MEMBRO AFETADO.

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

VITIMA OBESA GRAU III, COM DIFICULDADE DE LOCOMAÇÃO. APRESENTA CLAUDICAÇÃO E TROMBOFLEBITE. USO DE MULETAS POIS A MESMA NÃO CONSEGUE COLOCAR A FASCIA PLANTAR NO CHAO. DOR E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DURANTE MOVIMENTAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ ESQUERDO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

DIFICULDADE DE LOCOMOAÇÃO. CLAUDICAÇÃO E TROMBOFLEBITE. USO DE MULETAS POIS A MESMA NÃO CONSEGUE COLOCAR A FASCIA PLANTAR NO CHAO. DOR E DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DURANTE MOVIMENTAÇÃO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ ESQUERDO COM INSTABILIDADE ARTICULAR E DEFORMIDADE.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MIE

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.

Deborah Mamed
Pra. Déborah Mamed
Médica
Medicina do Trabalho
CRM-RR 1454

DEBORAH ACÁSSIA MAMED RODRIGUES CRM : 1454 / UF :RR

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROSANGELA MARIA SERGIO

Nº Sinistro: 3180157401

Vitima: ROSANGELA MARIA SERGIO

Data do Acidente: 21/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157401**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12646009



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA MARIA SERGIO**

Sinistro: **3180157401**
Vítima: **ROSANGELA MARIA SERGIO**
Data do Acidente: **21/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180157401** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12952356

A/C: ROSANGELA MARIA SERGIO

Nº Sinistro: 3180157401
Vítima: ROSANGELA MARIA SERGIO
Data do Acidente: 21/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ROSANGELA MARIA SERGIO**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000062728-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

905.118.722-91

Rosângela Maria Sérgio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Rosângela Maria Sérgio</u>		CPF titular da conta <u>905.118.722-91</u>	Profissão <u>Do Lar</u>
Endereço <u>R. Rio Amajari</u>		Número <u>212</u>	Complemento
Bairro <u>Aracelis S. maior</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69.315-018</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(95) 99117-2387</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

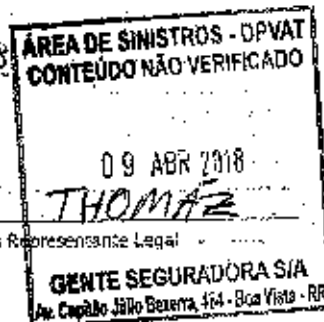
☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 70.000,00	
☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ NÍAO (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Brasil</u> nro. <u>001</u> AGÊNCIA nro. <u>5263</u> D.V. <u>3</u> CONTA nro. <u>02728</u> D.V. <u>3</u>	
AGÊNCIA nro. <u> </u> D.V. <u> </u> (Informar dígito se existir)		CONTA nro. <u> </u> D.V. <u> </u> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 03 de Abril de 2018
Local e Data

Rosângela Maria Sérgio
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2: "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pela menor da idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2018

THOMAS

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

905 118 722-91

Nome completo da vítima

Rosângela Maria Sérgio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosângela Maria Sérgio	905 118 722-91	D. de L.
Endereço	Número	Complemento
R. Rua Amajari	212	
Bairro	Cidade	CEP
Rio Anacelis maior	Boa Vista	69 315-018
Email	Estado	Telefone (DDD)
	RR	(95) 99130-2658

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ NAO (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
(informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME NRO. AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. DIV.
Banco Brasil 001 4243 3 62.728 3
(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 16 de maio de 2018

Lugar e Data

Rosângela Maria Sérgio
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010343/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2018 12:23 Data/Hora Fim: 12/03/2018 12:37
Origem: Polícia Judiciária Data: 12/03/2018
Delegado de Polícia: Uziel de Castro Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 21/11/2017 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: RUA RAIQ SOLAR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Bairro: Jôquei Clube

Tipo do Local: Via Pública

09 ABR 2018

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo
GENTE SEGURADORA SIA Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INERATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: ROSANGELA MARIA SERGIO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Fortaleza

Nasc: 26/12/1981

Profissão: Do Lar

Nome da Mãe: Maria Lucia Sergio

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA RIO AMAJARI

Nº: 212

Bairro: PROFESSOR ARACELIS

Telefone: (95) 99117-2367 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa NAS1748	Número do Chassi 9C2JC4820DR523029
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor ROSA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Envolvimentos

Rosângela Maria Sergio

Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Uziel de Castro Junior
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data da Impressão: 12/03/2018 12:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante ROSANGELA MARIA SERGIO, não habilitada, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a motocicleta supracitada, de propriedade de EDILEUZA ANTONIA DA CONCEIÇÃO, CPF: 812.004.632-34, trafegava sentido Centro/Bairro, quando a comunicante invadiu a preferencial, causando a colisão entre os veículos; QUE a comunicante foi conduzida ao HGR pela equipe do SAMU; QUE devido o acidente a comunicante teve O TORNOZELO ESQUERDO FRATURADO, A CABEÇA DO DEDO DO PÉ ESQUERDO CORTADO; QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato

ASSINATURAS

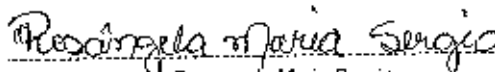

Maria Selma Melo de Almeida

Agente de Polícia Civil

Mat. 052400213

Maria Selma Melo de Almeida

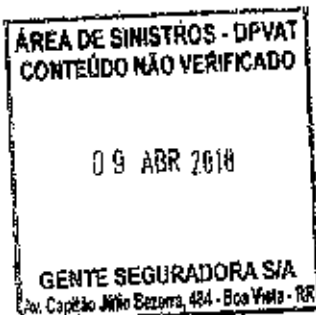
Responsável pelo Atendimento



Rosângela Maria Sergio

(Comunicante)

Declaram para os devidos fins de direito que nos (a) (s) (s) (s) responsáveis pelas informações acima suministradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pelo acidente ocorrido, que dos signatários, encontra-se presente nos Artigos 533-Dominação- Calúnia e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Omissão de Crime do Código Penal Brasileiro.



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rosângela Maria Sérgio CPF da Vítima: 905.118.722-91 Data do Acidente: 21/11/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante Legal:

Email:

Telefone (DDD):

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista 03 de Abril de 2018
Local e Data

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Getúlio Vargas, 444 - Boa Vista - RR

Rosângela Maria Sérgio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO Nº

SAMU
192UNIDADE: Boa VistaEQUIPE: Equipe 192

Paciente: Roberto Henrique Silva Idade: 35 Sexo: M
 Nacionalidade: Brasileira Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia
 Endereço: R. Raimundo Silva, 100 - Jd. Santa Cruz Bairro: Parque Santa Cruz

Nº 38745 DATA 21/11/17 HORA J: 13:35 BASE: ☒ VIA ☐ ☐ RÁDIO
 Médico (a) Regulador(a) Dta) CRM: Dr. Wilson HORA J: 14:00 ☐ CELULAR

[] SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

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

AUTOMÓVEL ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x <u> </u> ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	ALÔNIMO ☐ Uso de cintos ☐ Volume projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag Acionado	VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ FAF ☐ Espionamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: <u> </u>	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: <u> </u> ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal <u> </u> ☐ Outros: <u> </u>
PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA	MOTOCICLETA/ BICICLETA ☐ Colisão MOTO x <u> </u> ☐ Queda de moto ☐ Com capacete ☐ Atropelamento ☐ Sem capacete ☐ Queda de Bicycleta ☐ Piloto ☐ Garupa		

VIAS AÉREAS ☐ Flutua ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro: <u> </u>	VENTILAÇÃO ☐ Apnéia ☐ Dispneia ☐ Bradipnéia ☐ Taquipnéia ☐ Róscos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausência ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade	AVAL NEUROLÓGICA ☐ AVON ☐ Mioses ☐ Midríase ☐ Anisocoria [] D [] E ☐ Apertamento Alcoolizado ☐ DNV
--	---	--	---

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Min	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início <u>13:35</u>	<u>130/80</u>	<u>75</u>	<u>18</u>	<u>100%</u>	<u>36,5</u>			
Fim								

Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula	Pescoco ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema subcutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empelamento	Abdomem ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evulsão																								
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações	MMSS ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	MMI ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação	QUERATIDURAS																									
				<table border="1"> <tr> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX</th> <th>ANTERIOR</th> <th>TRAX</th> <th>POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MDO</th> <th>MIB</th> <th>MMI</th> <th>MMI</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	TRAX	POSTERIOR	GENITALIA	MDO	MIB	MMI	MMI	TOTAL %												
CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	TRAX	POSTERIOR	GENITALIA	MDO	MIB	MMI	MMI	TOTAL %																		

☐ Rinite Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS	☐ Alergias ☐ Outros
---	--	---	---	---	--

[] FLESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA [] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Roberto Henrique Silva
 Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 09 ABR 2018 GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR	MULTÍPLAS CÓPIAS ACIONADAS CONFERE COM O ORIGINAL EM: <u>12/03/18</u> <i>Stephanie</i> OBSERVAÇÕES:
☐ Iniciada em: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:	☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:
☐ Pol. Coarne e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lote-Ints - HLI ☐ Outros	

1576

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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA MARIA SERGIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000000062728-3

Nr. da Autenticação 302C0D3FDA276D82

vivo

Nº da Cópia: 0225818373
Mês de referência: 01/2018
Período: 06/12/2017 a 05/01/2018
Data de emissão: 07/01/2018

TANIA HELENA FRACALOSSY DE MELO
R ANTONIO AUGUSTO MARTINS, 347
SAO FRANCISCO
09305-270 BOA VISTA - RR

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*0488 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefonos Brasil S.A.
Av. Capitão João Bezerra, 957
CEP 69.365-025 - Boa Vista - RR
I.E.: 240108035
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0010-68

Vencimento
21/01/2018

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Denise Helena F. de Melo inscrito (a) no CPF 421.026.772 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosângela Maria Sérgio inscrito (a) no CPF sob o Nº 905.118.722 / 91 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Rosângela Maria Sérgio inscrito (a) no CPF sob o Nº 905.118.722 / 99 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
R: <u>Antônio Augusto Martins</u>		<u>347</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Boa Vista</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.305-270</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>marina_medeira@hotmail.com</u>	<u>(95) 3224-6539</u>		<u>(95) 99139-8405</u>

Boa Vista, 03 de Abril de 2018
Local e Data

Denise Helena F. de Melo
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2018

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDILEUZA ANTONIA DA CONCEIÇÃO,

RG nº 256999, data de expedição 1/1,

Órgão SSPI RR, portador do CPF nº 812.004.632-34, com

domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RODRIGUES, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R: Rio Amajari, nº 189,

complemento EASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ROSANGELA MARIA SÉRGIO cujo o condutor era

ROSANGELA MARIA SÉRGIO

Veículo: motocicleta

Modelo: HONDA/BT 125 ES

Ano: 2013/2013

Placa: MA51748

Chassi: 9C27E4820DR523029

Data do Acidente: 21-11-17

Local e Data: Boa Vista 31-01-18

Edileuza Antonia da Conceição

Assinatura do Declarante

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

